إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع

العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي عن طريق التحكم الذاتي لمرضى

الاكتئاب



إعداد
د/ ألفت كحلة
استشاري التقييم والعلاج النفسي
دكتوراه علم النفس الإكلينيكي
مستشفيات جامعة عين شمس

إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

تمهيد

لقد أبدى كثير من علماء النفس حماساً شديداً واهتماماً كبيراً بدراسة الظروف البيئية والثقافية والعوامل المعرفية ودورها فى تشكيل وصياغة السلوك الإنسانى، فالمجال الذى ينشأ فيه الأفراد هو الذى يؤثر فى نموهم "العقلى" فالوليد البشرى لديه "إمكانات هائلة" وتلعب العوامل المعرفية دوراً مؤثراً فى تحويل هذه القوى والإمكانات إلى واقع حى وسلوك وشخصية، وذلك لأن المكونات المعرفية للفرد هى المحور الرئيسى وهى التى تؤثر على مشاعره وسلوكه فإذا بمقدورنا أن نغير من معارفه فإننا سوف نؤثر بالضرورة على مشاعره وسلوكه (محمد أحمد شلبى وآخرون، ٩٨: ١٩٩٣).

لقد أصبح علم النفس المعاصر أكثر اهتماماً بالجوانب المعرفية للظاهرة النفسية، وإذا كان مصطلح معرفة Cognition ينطوى على معانى كثيرة، إلا أنه يعنى ببساطه "معالجة المعلومات" " Information processing " كما هو فى التفكير وفى التمثيل العقلى وتناول الأحداث ٠ وتدخل المعرفة فى عمليات مثل الانتباه الانتقائى وتجميع المعلومات والتفكير المدفوع أو الموجه نحو الهدف (حل المشكلات) والواقع أن النظريات المعاصرة للتعلم الاجتماعى تولى أهميه خاصة للعمليات المعرفية فى دراسة الشخصية.

ويؤكد هذا التوجه المعرفى لنظريات التعلم الاجتماع على ضرورة فهم العمليات الوسطى Mediating processes التى تجرى داخل الشخص بين المثيرات التى يتعرض لها والاستجابات الظاهرة التى يأتى بها ٠ ولذا تهتم هذه النظريات بالتمثيلات الداخلية Covert representations (كما هو فى التعلم بالملاحظة) وتسعى إلى دراسة تفسير الفرد للأحداث والخبرات ٠ ويعنى ذلك أن نظريات التعلم الإجتماعى تعترف بحدوث نشاط وسيط Mediation، فهى لا تنظر إلى المثيرات كما لو أنها ترتطم بكائن حى أجوف من الداخل ليأتى آلياً بأفعال ثابتة معينه كالتعليمات والرموز التى تستخدم لتغيير معناه العادى يؤكد

الكثير من علماء النفس بقوة على أهمية التفسير أو التقدير المعرفى Cognitive appraisal الذى يبديه الفرد للموقف - أى على "معنى" المثير (محمد محروس الشناوى وآخرون ١٠٢ : ١٩٩٨).

إن الجانب الفكرى من الاضطرابات تشير ببساطة إلى مجموعة الأفكار والمعتقدات والحجج وربما القيم التى يتبناها الشخص نحو ذاته ونحو بيئته بحيث تؤدى فى النهاية إلى إثارة الاضطراب أو تأكيده وهذه الأفكار والمعتقدات غير المنطقية تكاد تكون عامة وعندما يتم تقبلها وتدعيمها عن طريق التلقين الذاتى تؤدي إلى الاضطراب النفسى لأنه لا يمكن العيش معها بسلام فالشخص المضطرب غير سعيد لأنه غير قادر على التخلص من أفكاره مثل " ينبغى ويتحتم ويجب" ونحو ذلك إن هذه المعتقات الغير منطقية التى يتحدث عنها (إليس Ellis) والتى يؤدى الاعتقاد بها إلى أن يصبح المريض مقهوراً شاعر بالذنب وعدم الكفاءة وبالقصور الذاتى (عبد الستار إبراهيم ٥٥ : ١٩٨٣).

ويعتبر المعرفيون مثل (بيك Beck، اليسEllis، كيليKelly، كلارك Clark، ليوفينسون Lewinsohn) أن التشويه المعرفى وتحريف التفكير عن الذات وعن العالم وعن المستقبل وراء نشأة الأعراض الاكتئابية حيث يلجأ المكتئب الى تضخيم السلبيات والتقليل من شأن الإيجابيات.وتعميم الفشل،وتوقع الكوارث،ولوم الذات،والمبالغة فى المستويات والمعايير، وذلك يرتبط بالتكوين المعرفى للفرد وكيفية إدراكه وتفسيره للأحداث .ويرى هؤلاء المعرفيون أن ذلك المحتوى المعرفى يعد مسئولا عن انفعال الفرد وسلوكه فى الحاضر والمستقبل،بل إنه يحدد مدى صحته النفسية أو مرضه النفسى (جارى إمرىEmery ١٩٨٨، جرينبرج وبيكGreenberg &Beck ١٩٨٩،كلارك وآخرون Clark et al ١٩٨٩).

ويفسر (ريم Rehm ١٩٨٢) الاكتئاب فى ضوء مفهوم التحـ كم الذاتىSelf control فى العمليات المعرفية التى ينجم عنها التشويه انه فى لدى المكتئبين. ولذلك فهو يرى أن الاكتئاب يمكن أن ينشأ عنه خلل فى كل من عمليات تقييم الذات والتدعيم الذاتى، كما أنه يرجع التقييم الـ بى للذات لدى المكتئبين إلى تشددهم فى اختيار المستويات التى يقيمون أنف عم وأدائهم عليها وإلى انتقائهم للمعلومات السلبية عند قيامهم بعملية تقييم الـ ت ومراقبتها Self monitoring . فالاكتئابى يبالغ عند وصفه لأهدافه ومسـ ت أفعاله كما يتشدد عن ما يتوقعه من نفسه من مستويات مما يعـ سه للاكتئاب نظراً لاحتمال تكرار خبرات الفشل.

ويؤكد (بيك Beck ١٩٩٥) على أن الاكتئاب يرتبط باضط ب التفكير وأن الأعراض الاكتئابية تمثل انعكاساً للأنماط المعرفية الـ بة التى تكمن ما بين الحدث (أو الخبرة) وبين النتيجة الانفعالية، فالمعرف أو الأفكار التلقائية هى التى تحدد النتيجة الانفعالية. وتمثل التكوينات المعـ ية السالبة مركز الاكتئاب ونموه، والاكتئاب من وجهة نظر بيك ينتج من قو ب فكرية Schemas وأخطاء معرفيةCognitive errors تتكون من ثا ث يحكم تفكير المكتئب نحو ذاته ونحو العالم ونحو المستقبل (ليوفينـ ن وهوبرمان Lewinsohn &Hoberman ١٩٨٥، ١٩٧٩).

ومع تأكيد "الثورة المعرفية" على أهمية المتغيرات والعمليات المعـ ية الإكتئابية فى حدوث الاكتئاب أو فى استمراره أو فى علاجه، يصبح الوقـ ف على تلك المتغيرات المعرفية الإكتئابيه - والتى يمكن بموجبها التمييز ن المكتئبين وغير المكتئبين- أمراً له أهمية بالغة سواء من الناحية النظريـ م التطبيقية، إذ قد تتطلب إجراءات العلاج تحديد وفحص وتغيير ما سبق ن أطلق عليه (كندال Kendall١٩٨٥) تحريف وقصور الأداء الوظيفى المعـ ى (لويس كامل مليكة ١٩٨٨: ٨٨- ٩٠).

وقد أيدت العديد من الدراسات رواد المدخل المعرفى، فقد أكدت فئة من الدراسات على وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين التفكير (أو التشويه المعرفى) وبعض الاضطرابات النفسية ومنها الاكتئاب {ثير وأخرون Ther et al, (١٩٨٣)، هوج وديفيناخرز Hogg & Deffenbacher, (١٩٨٤)،هولون وآخرون .,Hollon et al (١٩٨٦)، بيك وآخرون,.ck et al (١٩٨٧) وغيرهم}.

كذلك يؤمن العلاج النفسى المعرفى السلوكى المعاصر بأن كثير من الاستجابات الوجدانية والسلوكية والاضطرابات تعتمد إلى حد بعيد على وجود معتقدات فكرية خاطئة يبنيها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به.

استخدم المعالجون النفسيون مفاهيم متنوعة للتعبير عن أثر العوامل الفكرية فى الاضطراب النفسى. مثلاً: فهى عند (أدلر Adler) تشير إلى "أسلوب الحياة" الذى يتبناه المرضى النفسيين، وعند البعض الآخر تشير إلى أساليب الاعتقاد، ويستخدم البعض الثالث مفهوم "الفلسفة الشخصية. أما أصحاب التوجه المعرفى مثل (أليسEllis،وبيك Beck وكيلى Kelly وسليجمان Seligman ورايمىRaimy ولازاروسLazarus) فإنهم يتفقون على أن الاضطرابات النفسية أو العقلية لا يمكن عزلها عن طريقة تفكير المريض فى نفسه والعالم أو اتجاهاته نحو نفسه ونحو الآخرين (عبد الستار إبراهيم ١٩٩٤: ٢٧٣- ٢٧٤).

لهذا يلاحظ أن كل أشكال العلاج النفسى بما فيها العلاج السلوكى تعلم المرضى كيف يفكروا ويشعروا وبالتالى يتصرفوا بطريقة أكثر ملائمة. ومن ثم فإن نجاح العلاج أى نجاح المريض فى التغير الإيجابى يجب أن يكون مصحوباً بتحسن وتغيير فى طريقة تفكيره.

قد كشفت البحوث على وجود أدلة قوية على أن وراء كل تصرف انفعالى لمرضى القلق أو الاكتئاب أو الغضب نمط بنائى من التصورات والمعتقدات الخاطئة التى يتبناها الفرد عن الحياة ومشكلاتها وأن التصرفات الانفعالية تتغير بتغير هذه التصورات والمعتقدات (عبد الستار إبراهيم ١٩٨٣: ١٨٤).

مشكلة الدراسة: -

يتضح مما سبق أن الاكتئاب النفسى يمثل حالة من اضطراب أنماط التفكير طبقا للنظرية المعرفية،وقد حدد (بيك وآخرون ,Beck et al ١٩٨٧) مضمون التكوينات المعرفية لدى المكتئبين، والتى تتضمن المعتقدات المرتبطة بتوقع الفشل فى كل محاولة، وفقدان الأمل (أو التعاسة) وتوقع الكوارث وضعف الفعالية العقلية والأفكار التشاؤمية والنظرة السلبية للذات والعالم والمستقبل،وفقدان المعنى ونقص الكفاءة الشخصية وعدم القيمة، وأن تبنى بعض الأشخاص لبعض هذه المعتقدات غير المنطقية تجعلهم عرضة للإصابة بالاكتئاب، مما يعوق نموهم الشخصى ويحد من تقدمهم وتكيفهم مع ذواتهم ومع المجتمع من حولهم.

إن الاكتئاب له آثار سلوكية وفسيولوجية ومعرفية سيئة، فهو يؤدى إلى الإحساس بالحزن واليأس، فضلاً عن كفه للأنشطة الحركية والمبادأة،كما يؤدى إلى الفشل الدراسى والعزلة الاجتماعية وانعدام الثقة بالنفس والتأنيب المستمر للذات.وبخصوص الجوانب المعرفية السلبية فإن الفرد يفسر الأحداث بطريقة غير عقلانية أو غيرمنطقية، وتلك الجوانب تعوق الفرد عن التفاعل الاجتماعى الناجح التى تؤدى بالمريض إلى حالة عدم التوافق النفسى. ومن الناحية الفسيولوجية قد ينتج عنه فقدان الشهية، الأرق، فقدان الوزن، اضطرابات بالمعدة، وهكذا فإن الاكتئاب يوجد فى مستويات مختلفة.ومن هنا فإن تحديد الأساليب أو الطرق التى بواسطتها يمكن مواجهة ذلك الاضطراب النفسى بتحديد أكثر لتلك الأساليب فعالية، أو الجمع بين أكثر من طريقة تجعل هذه المشكلة تستحق الدراسة.وتركز أغلب الدراسات على تدريب وتعديل السلوك والتفكير لدى الأفراد الذين يعانون من الاضطراب الاكتئابى.وهناك نقاط أخرى هامة رغم اتفاق معظم الباحثين على أهمية هذه الفئة العلاجية، إلا أنهم لم يتفقوا على نتائج محددة حيث أن هناك بعض

الدراسات العلاجية أثبتت فعاليتها والبعض الآخر أثبت أن فعاليته أقل والبعض لم يثبت صلاحيته إلا باستخدام أسلوب إضافى.

ومن هنا فإن الدراسة الحالية "دراسة للمقارنة" بأساليب علاجية ثلاثة لمرضى الاكتئاب وتحديد مدى كفاءة كل منهم، وهذه الأساليب العلاجية: العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير معاً (لبيك Beck ١٩٧٨) والآخر العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً (ريم Rehm ١٩٧٩) والعلاج بالعقاقير فقط.

و بالتالى فإن الدراسة الحالية تحاول الإجابة على التساؤلات التالية: -

هل يؤدى استخدام برنامج العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير معاً إلى تخفيف الأعراض الاكتئابية والمتغيرات المعرفية والسلوكية بها كما تقاس بالأدوات المستخدمة؟

هل يؤدى استخدام برنامج العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً إلى تخفيف الأعراض الاكتئابية والمتغيرات المعرفية والسلوكية المرتبطة بها كما تقاس بالأدوات المستخدمة؟

هل يؤدى استخدام العلاج بالعقاقير فقط إلى تخفيف الأعراض الاكتئابية والمتغيرات المعرفية والسلوكية المرتبطة بها كما تقاس بالأدوات المستخدمة؟

هدف الدراسة: -

إلقاء الضوء على المتغيرات المعرفية لبروفيل الاكتئاب كاضطراب نفسى يتمثل فى الفشل واليأس، الأفكار السلبية والقصور الوظيفى فى الاتجاهات لدى المرضى المترددين على العيادات الخارجية. كما أن الدراسة ستحاول تحديد مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير معاً والعلاج السلوكى

عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً مقارنة بالعلاج بالعقاقير فقط لعلاج حالات الاكتئاب.

أهمية الدراسة: -

١- الأهمية النظرية: -

تقوم الباحثة بالرجوع إلى الدراسات والمراجع العلمية المختلفة للتعرف على ما توصل إليه الباحثين فى مجال دراسة الاكتئاب وتحديد مظاهره المختلفة نظراً لأهمية الدور الذى تؤديه المتغيرات المعرفية والسلوكية كالنظرة السلبية نحو الذات والعالم والمستقبل والتفسير الخاطئ للأحداث الشخصية فى نشأة مظاهر الاكتئاب لدى الفرد. بمعنى آخر، تحاول الباحثة دراسة العلاقة المباشرة بين المعارف السلبية ومظاهر الاكتئاب وإبراز دلالتها العلاجية وبخاصة أسس وإستراتيجيات العلاج المعرفى السلوكى والعلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى للاكتئاب.

٢- الأهمية التطبيقية: -

أ- تأكيد أهمية البرامج العلاجية المعرفية والسلوكية فى السيطرة على الحالات الاكتئابية بمظاهرها المختلفة مع استخدام العقاقير مع التركيز على استخدام التقنيات العلاجية النفسية فى إعادة تنظيم مجال إدراك الفرد لنفسه خلال تعامله مع مشكلات حياته اليومية.

ب- المقارنة بين الفنيات السابقة من حيث مدى نجاحها فى علاج بعض الحالات الاكتئابية فى عينة الدراسة المستخدمة.

جـ- محاولة التوصل إلى بعض المؤشرات للوقاية من الوقوع فى براثن الاكتئاب خصوصاً ما يتعلق بمكونات التحكم الذاتى (السلوكى) والجوانب المعرفية.

تحديد المصطلحات:

١- تعريف بيك Beck للعلاج المعرفى السلوكى: Cognitive behavior therapy

يعرف بيك العلاج المعرفى السلوكى على أنه طريقة بنائية مركبة ومحددة الزمن ذات أثر توجيهى فعال يتم استخدامها فى علاج بعض الاضطرابات النفسية منها على سبيل المثال (القلق- الاكتئاب- الغضب ...الخ) (محمد محروس الشناوى وآخرون ١٩٩٨- ٢١٣).

التعريف الإجرائى للعلاج المعرفى السلوكى: -

يعرف العلاج المعرفى السلوكى على أنه كفّ نشاط الأفكار السلبية النشطة وفى نفس الوقت تدعيم وتعزيز الأفكار الملائمة فى الواقع من خلال العمل الفعلى وتشجيع المريض بالاكتئاب على القيام باختيار مدى الأفكار الإيجابية والأنشطة الفعالة وتعديل المشاعر الداخلية المتعلقة بالمرض النفسى بهدف كشف النقاب عن المعانى التى توصف بها الأحداث غير المستحبة.

٢- العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى:

Behavior therapy through self control

يعرف (ريم Rehm ١٩٧٨) أن اكتساب مهارة التحكم الذاتى فى السلوك يعنى الإقرار بأنشطة إيجابية وتحديد أهداف طويلة المدى ثم العمل على أخذ خطوات تجاه هذه الأهداف من أجل تحقيقها (عبد الوهاب كامل ١٩٨٧ : ٧٥).

التعريف الإجرائى للعلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى: -

مساعدة المريض بحيث يمكنه ملاحظة ذاته وسلوكه فى المواقف المختلفة ليتمكن من تقييم سلوكه بصورة واضحة وبالتالى يصبح قادراً على تعديل استجاباته والتحكم فيها من خلال نظام يحدده بعملية التدعيم الذاتى

•ويمكن التعبير عن ذلك كمياً من خلال الدرجات التى يحصل عليها الفرد على الأبعاد المختلفة بمقياس التحكم الذاتى المستخدم فى الدراسة الحالية•

٣- الإكتئاب:- Depression

يعرف (بيك ١٩٧٧Beck z) الاكتئاب بأنه حالة من الاضطراب فى التفكير حيث تتوالى أعراض الاكتئاب طبقاً لفاعلية الأنماط المعرفية السالبة ويرتبط بالوجدان بصفة أساسية مع العنصر المعرفى بين حدث ما ورد الفعل العاطفى بهذا الحدث على المستوى المعرفى للوجدان الاكتئابى الحادث وعندما تكون المعارف المستدعاة مضطربة فى تقديرها للحدث فإن المشاعر الواردة ستكون غير ملائمة للحدث أو مبالغاً فيها.

يعرف (ريم ١٩٧٨Rehm) للاكتئاب بأنه يفترض وجود تقدير سلبى للذات لدى الإكتئابيين مع انخفاض معدلات التدعيم الذاتى وارتفاع معدلات معاقبة الذات •وكلها أمور يراها ريم تقف خلف انخفاض معدل السلوك الذى يتسم به الأفراد الإكتئابيين•

وتعرف الباحثة (الإجرائى) للاكتئاب بأنه حالة تنشأ كرد فعل (انفعالي) لدى الفرد إزاء مثيرات خارجية مشيرة إلى سوء توافق الفرد مع بيئته، وينشأ مثلاً نتيجة لفقدان الفرد شخصً عزيزاً عليه• ويتسم رد الفعل هذا بالقلق والحزن والتشاؤم والشعور بالفشل والعجز والانسحاب الاجتماعي وانتقاد الذات والانخفاض فى تقديرها مع الانخفاض فى الطاقة العامة للفرد •ويمكن التعبير عن هذه المظاهر كمياً من خلال أداء المريض على مقاييس الاكتئاب كما يمكن التعبير عنها كيفياً من خلال التشخيص الطب النفسى الذى يقوم به الأطباء النفسيين الذين تتعاون معهم الباحثة لإتمام هذا العمل.

التفكير: Thinking

هو سلوك حل المشكلات وهو مجموعة من المعانى والصور الذهنية والرموز الفعلية التى يثيرها أو يقتضيها موقف للوصول إلى نتيجة ما. وعمليات الحكم والتجريد والاستدلال من مظاهر التفكير بمعناه الضيق أما التفكير بالمعنى الأشمل فيتمثل فى التذكر والتصور والإحساس والتخيل. وهناك التفكير المنطقى والعلمى والإبداعي والعملى والخرافى والوهمى والتفكير الإرادى أو الإيجابى الذى تقوده إرادتنا وهناك التفكير غير الإرادى أو السلبى الذى لا تقوده إرادتنا وهناك التفكير المنطقى وغير المنطقى (عبد الرحمن العيسوى، ١٩٩٧: ٢٧٩- ٢٨٠).

التفكير المنطقي: Rational Thinking

ذلك التفكير الذى يمكن الفرد من تقبله لنفسه ولعالمه الواقعى ويمكنّه من أن يحقق ذاته ويصبح إنسانا منتجاً فعالاً. ويصحب التفكير المنطقي مواقف وأنماط سلوكية ملائمة ومرغوبة تحقق للإنسان مزيداً من الصحة النفسية والتوافق (عصام عبد اللطيف ١٩٨٧).

التفكير غير المنطقى: Irrational Thinking

ذلك التفكير الذى لا يتلاءم مع إمكانات الفرد أو مع ظروف الواقعية الموضوعية ويتمثل فى الأفكار السلبية غير المنطقية وغير الواقعية والتى تتأثر بالأهواء الشخصية والبعد عن الموضوعية وتعتمد على التوقعات الغير منطقية والتعميمات الخاطئة والظن والاحتمالية والمبالغة والتهويل (عصام عبد اللطيف١٩٨٧).

عمليات التحكم الذاتي فى السلوك (عبد الوهاب كامل ١٩٨٩):

١- مراقبة الذات: **Self Monitoring**

عملية تتطلب من الفرد ملاحظة سلوكه الخاص والمواقف والأسباب التى تؤدى إلى ظهور هذا السلوك وكذلك إدراك الفرد لنتائج سلوكه (عبد الوهاب كامل ١٩٨٧).

٢- تقييم الذات: **Self Evaluation**

عملية تعتمد على قيام الفرد بالمقارنة بين سلوكه فى موقف معين والمحك الخارجى (القياسى) الذى يرتضيه الفرد لهذا السلوك- وهذا المحك يشتق من مصادر متنوعة- فقد يكون عن طريق تبنى الفرد لمعايير خارجية مفروضة أو من خلال إجبار الذات على معايير معينة والتى قد تكون أكثر حزماً وصرامة أو أقل عند مقارنتها بالمحك الخارجى (عبد الوهاب كامل ١٩٨٧).

٣- تدعيم الذات: **Self Reinforcement**

عملية لاحقة للتدعيم الخارجى وفى أحيان أخرى بديلاً له إذ أن تنظيم مكافأة أو عقاب الذات سواء كان ذلك بصورة علنية أو سرية، والتى يقدمها الفرد لذاته يمكن التسليم بأنها الميكانيزم الأساسى فى التحكم الذاتى فى السلوك"، ويضيف إلى ذلك " أن القاعدة الأساسية لفهم عملية التحكم الذاتى فى السلوك تعتمد على تصور أن الأفراد يتحكمون فى سلوكهم الخاص بنفس الطريقة التى يتحكم فيها أحد أعضاء الجسم فى عضو آخر (عبد الوهاب كامل ١٩٨٧).

حدود الدراسة:

تحدد الدراسة الحالية العينة المستخدمة فى الدراسة وعددها (٣٠) منهم ذكور (٩) وإناث (٢١) تراوحت أعمارهم ما بين ٢٥- ٤٠ سنة، وكانت العينة من المرضى بالاكتئاب البسيط والمتوسط المترددين على العيادات الخارجية

حيث كانوا يحولون للباحثة بعد التشخيص بواسطة الطبيب النفسى وقد انقسمت العينة إلى ثلاث مجموعات كالآتى:

١- مجموعة تتلقى العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير معاً (وعددها ١٠).

٢- مجموعة تتلقى العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً (وعددها ١٠).

٣- مجموعة تتلقى العلاج بالعقاقير فقط (وعددها ١٠).

الأدوات المستخدمة:

١- المقاييس السيكومترية

١- مقياس بيك للاكتئاب (أحمد عبد الخالق ١٩٩٦).

٢- مقياس الأفكار السلبية (إعداد الباحثة).

٣- مقياس الأفكار الإيجابية (إعداد الباحثة).

٤- مقياس القصور الوظيفي للاتجاهات (إعداد الباحثة).

٥- مقياس التحكم الذاتي (عبد الوهاب كامل ١٩٨٩).

٦- مقياش تقدير الذات (عبد الوهاب كامل١٩٨٧).

البرامج العلاجية:

- برنامج العلاج المعرفي السلوكي (لبيك (Beck (ترجمة الباحثة).
- برنامج العلاج السلوكي عن طريق التحكم الذاتي (لريم (Rehm) (ترجمة الباحثة).

الفصل الثانى

الإطار النظرى

المقدمة

إن العلاج المعرفى يرفض وجهات النظر التقليدية الثلاث: التحليل النفسى الذى يعتبر اللاشعور المصدر الوحيد للاضطراب الانفعالى. والعلاج السلوكى الذى يهتم فقط بالسلوك الظاهرى والأسلوب الطبى العصبى التقليدى الذى يعتبر الاضطرابات الجسمانية والكيمائية السبب فى الاضطرابات الانفعالية. فالعلاج المعرفى مبنى على فكرة عقلانية تعنى ما يفكر فيه الناس أو ما يقولونه عن أنفسهم وعن اتجاهاتهم وتصوراتهم ومثلهم مفيد وهام.

إن العلاج المعرفى يساعد المرضى على استخدام الطرق العلمية لحل المشكلات، هذه الطرق يستخدمونها فى الفترات العادية من حياتهم. وصيغة العلاج يمكن توضيحها فى مصطلحات بسيطة ·فالمعالج يساعد المرضى على التعرف على تفكيره الملتوي، وعلى تعلم طرق أكثر واقعية فى صياغة خبراته·هذا الأسلوب يبدو معقولاً للمرض بسبب استخدامهم المبكر لمعارفهم فى تصحيح تصوراتهم وتفسيراتهم الخاطئة (حامد عبد العزيز الفقى، ٢: ١٩٨٩).

الجذور التاريخية لعلاج المعرفى السلوكى:

ظهرت انطلاقة الثورة الجديدة فى علم النفس والتى أطلق عليها "الثورة المعرفية" يتزعمها رواد المنظور المعرفى (جورج كيلىKelly، أرون بيكBeck، ألبيرت أليسEllis... وغيرهم) حيث لقى هذا التيار المعرفى قدراً كبيراً من القوة الدافعة بفضل هؤلاء الرواد (جلاتين Gallatin ٣١: ١٩٨٢). إن جوهر هذه الثورة قائم على أساس العلاقة الوثيقة بين المعرفة والانفعال والسلوك. فعندما يفكر الإنسان فإنه ينفعل ويسلك وعندما ينفعل الإنسان فهو يفكر ويسلك (ممدوحة سلامة ٤٧: ١٩٨٥).

ويرى رواد المنظور المعرفى أن المعرفة Cognition تشير إلى إدراك الفرد للمعلومة ثم استقبالها ثم تخزينها ثم تنظيمها وأخيراً تذكرها أو استدعائها عند الحاجة (كلارك، .Clark et al ١٩٨٩ : ٩٥٨- ٩٦٤).

ويشير بيك Beck إلى أن الاضطراب الانفعالى لا يمكن فصله عن طريقة تفكير الفرد وإدراكه وتفسيره بل وتخيله حيث يؤكد بيك وآخرون " أن الاضطراب الانفعالى إنما يعود إلى اضطراب فى التكوين المعرفى للفرد من (الأفكار - التفسيرات- التخيلات- الذكريات)(بيك وآخرون .,Beck et al ١٨٣ : ١٩٨٧- ١٧٩).

وتؤكد "ممدوحة سلامة " أن المعرفة تلعب دوراً أساسياً فى إحداث واستمرار وعلاج الاضطرابات النفسية وفى الواقع أن هذه الفكرة ليست وليدة اليوم فلقد تنبه الفلاسفة الرواقيون إلى أن الطريقة التى ندرك بها الأشياء، وليست الأشياء فى حد ذاتها هى التى تؤثر على سلوكنا وأحياناً ما تسبب الاضطراب فالتعاسة والسعادة والراحة والتعب لا تنتج عن الأحداث، ولكن من إدراك الفرد ووجهات نظره تجاه تلك الأحداث (عثمان أمين ١٩٧١: ٢٠٢- ٢٠٣).

وفى هذا يؤكد الفيلسوف (ابيكتاتس Epictetus١٩٨٤)فى القرن الأول الميلادي أن الناس لا يضطربون من الأشياء ولكن بسبب وجهات نظرهم التى يتخذونها بصدد هذه الأشياء" (ممدوحة سلامة٤٨ : ١٩٨٥)..

ويؤكد فلاسفة الرواقية " الطاويون والبوذيون Taoist and Buddist" على ما سبق أن أكد عليه الفلاسفة الرواقيون حيث يؤكدون على حقيقتين أساسيتين:

أولهما: أن الانفعالات الإنسانية ذات أصل معرفى.

ثانيهما: لكى نضبط أو نغير مشاعر الفرد فمن الأفضل أن نغير أفكاره أولاً. وقد أكد شكسبير ما ذهب إليه الرواقيون والبوذيون حيث يقول فى مسرحية هاملت أنه" ليس هناك شئ طيب وشئ سئ إنما التفكير ما يجعله كذلك. ويشير (أليس Ellis) فى ذلك بأنه استمد الأصول الفلسفية لنظريته فى العلاج العقلانى الانفعالى من هذه الآراء الفلسفية مؤكداً أيضاً أن تفكير الفرد هو سبب الانفعال (ممدوحة سلامة، ٦٢- ٦٨: ١٩٨٥).

وهكذا مثلت هذه الآراء التى عرضناها بإيجاز الجذور التاريخية التى أستند إليها المنظور المعرفى فى تفسيره للاضطرابات النفسية. حيث أسهمت هذه الآراء فى إلقاء الضوء على أهمية تعديل السلوك الذهنى لتحقيق السعادة والتوازم النفسي فهى فلسفة للصحة النفسية والسعادة الخاصة وتعلمنا كيف نفكر فى أمور الحياة بطريقة منطقية ومتعقلة حتى نستمتع بحياة خالية من الاضطراب.

ويعتبر العلاج المعرفى من أكثر العلاجات النفسية المستخدمة بين المعالجين السلوكيين فى الوقت الحاضر. وقد أشار (ولبه Wolpe) إلى أن التيارات المعرفية فى العلاج تكاملت مع أساليب العلاج السلوكى وأن المعالجين المعرفيين قد آثروا بطريقة مدروسة فى تفكير مرضاهم منذ ظهور العلاج السلوكى للأمراض النفسية إلى الوجود وأن النظريات المعرفية كما يرى ولبى عبارة عن الهام انبثق عن مفاهيم ذهنية مسبقة بحثاً عن الحقائق (كروسنوا Corsini, ١٩٨١: ١٣٤- ١٣٥).

ويقوم العلاج على أساس نظرى عقلانى وهو أن الطريقة التى يحدد بها الأفراد بنية خبراتهم تحدد كيف يشعرون وكيف يسلكون. فإذا فسروا موقفاً على أنه خطر فإنهم يشعرون بالقلق ويريدون الهروب وتستمد معارفهم من الأحداث اللفظية أو المصورة فى مجرى الشعور من (المعتقدات والاتجاهات

والافتراضات). وقد استخدم مصطلح (العلاج المعرفى) بسبب ما وجد من أن الاضطرابات النفسية تتبع غالباً من أخطاء معينة فى عادات التفكير المحرفة (لويس كامل مليكة ٢٢٦ : ١٩٩٠).

وقد استخدم (آرون بيك، .Beck A ١٩٧٩) بعض الإستراتيجيات المعرفية والسلوكية فى العلاج متمثلة فى العمليات المعرفية التى تهدف إلى رسم واختبار إساءة التأويلات النوعية والافتراضات المختلة وظيفياً للمريض وبهذه الطريقة من تعلم خبرات نوعية عالية يتم تصميمها لتعليم المريض العمليات التالية:

- أن يراقب تفكيره (معارف) التلقائية والسلبية.
- أن يعيد تعريف العلاقات الإرتباطية بين المعرفة والوجدان والسلوك.
- أن يفحص الدليل الذى يؤيد أو يناقض تفكيره التلقائي المحرف.
- أن يحل تأويلات واقعية بدلاً من المعارف المحرفة.
- أن يتعلم تحديد وتغير المعتقدات المختلة وظيفياً التى تجعله نزاعاً لأن يحرف (خبراته)) آرون بيك ،.Beck A ٢٣٧ : ١٩٧٩).

الأساس النظرى للعلاج المعرفى
Theory Basic for Cognitive Therapy

بدأ الاهتمام بالاتجاه المعرفى فى العلاج النفسى مع العقد السابع من هذا القرن، ولم يكن ذلك وليد الصدفة ولكنه بمثابة تصديق الفكر الرواقيين الذين ذكروا ان الناس لا يضطربون بسبب الأحداث ولكن بسبب ما يرتبط بهذه الأحداث من أفكار. كما يعد امتداداً لطريقة كل من (أدلرAdler، ودولار Dollerوميلر (Miller فى عملية العلاج وفى الحقيقة يعد ظهور هذا الاتجاه نتيجة عدة عوامل أهمها:

١- كرد فعل على الانتقادات التى وجهت إلى المدرسة السلوكية فيما يتعلق بقبولها لضرورة إحداث تغيرات مباشرة فى الناحية المعرفية للعميل والاهتمام فقط بتغيير السلوك.

٢- تزايد الاهتمام بدراسة العمليات المعرفية وعلاقتها بالجوانب والوظائف النفسية حيث فتحت بعض النظريات مثل نظرية (دولارDoller وميلرMiller ، ونظرية باندورا Bandora) الباب فى هذا الاتجاه.

٣- لعبت جهود (كيلىKelly) دوراً بارزاً فى توضيح دور البيئة تعديل البنية العقلية والتركيبات الشخصية ومن ثم تغير السلوك.

٤- لعبت الثورة العلمية الحديثة التى أصبح الكمبيوتر فيها بمثابة السبب والنتيجة معاً دوراً أيضاً، حيث يشبه البعض المعالجات فى المخ البشرى بالمعالجات التى تتم فى الحاسب الآلى على شكل مدخلات، عمليات مخرجات، تغذية مرتدة وهكذا (محمد محروس الشناوى وآخرون، ١٩٩٨: ٢١١ -٢١٢).

وتعتمد الفكرة الأساسية لهذا الاتجاه على أن المتأمل لحياة الناس بصفة عامة يجد أنها لا تخلو من بعض الخبرات التى تبعث على اليأس والعجز بسبب ما يتعرضون له من نكسات مادية ومعنوية، وهذه الخبرات تتلون حسب ما يستنتجه كل إنسان فى ضوء تقييمه الذاتى وقدرته على ضبطها والتفاعل معها وقد يؤدى إلى نوع من التشويه المعرفى الذى يمكن أن يلعب دوراً أساسياً فى حدوث الأعراض الاكتئابية، حيث تسيطر على المريض مشاعر سلبية عن ذاته ومستقبله والعالم من حوله.

لذلك يقوم العلاج المعرفى على إعادة تشكيل البنية المعرفية للمريض من خلال مجموعة من المبادئ والإجراءات تقوم على أن العوامل المعرفية تؤثر فى السلوك، ومن ثم فإن تغييرها سيترتب عليه بلا شك تغير فى سلوك المريض، ومن رواد هذا الاتجاه (آرون بيك Beck) الذى يعرف العلاج بأنه طريقة بنائية مركبة ومحددة الزمن ذات أثر توجيهى فعال يتم استخدامها فى علاج بعض الاضطرابات النفسية كما يحدد (بيلاك Bellak١٩٨٥) أهم المهام المنوطة بالعلاج المعرفى القيام بها على النحو الآتى:

١- تعليم المرضى أن يحددوا ويقيموا أفكارهم وتخيلاتهم وخاصة تلك التى ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة أو المؤلمة.

٢- تعليم المرضى تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة والتشوهات الفكرية.

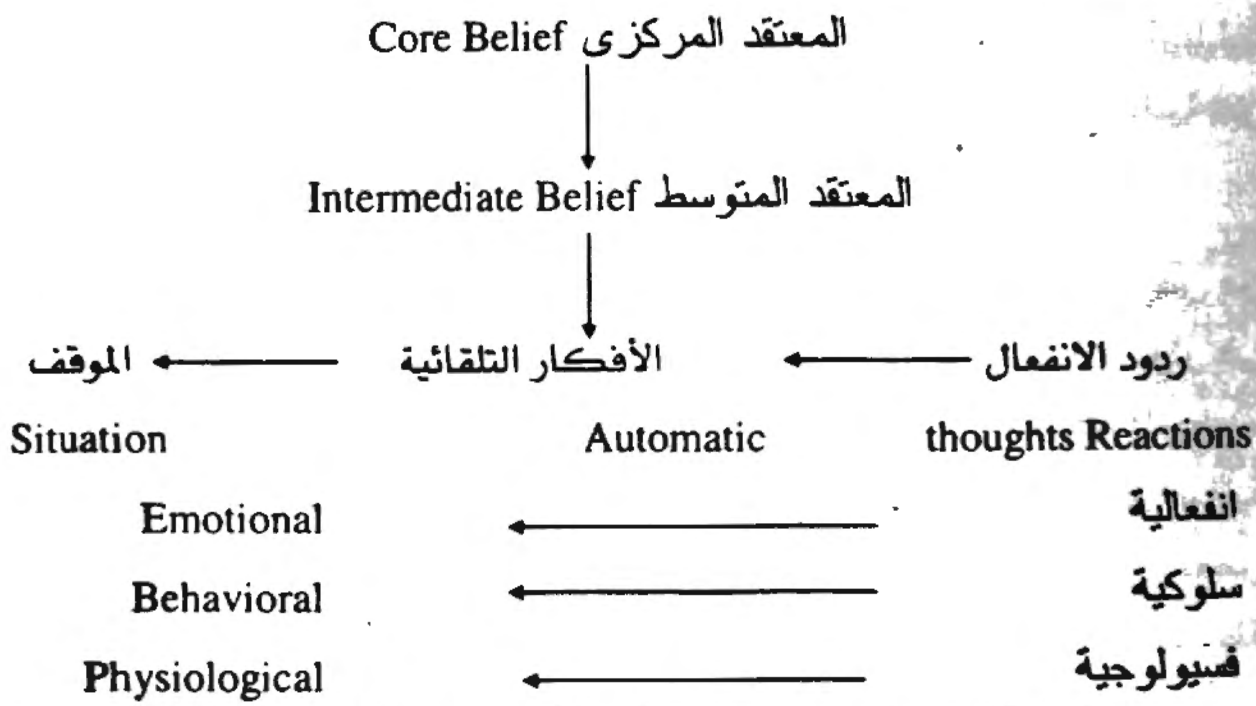
٣- تدريب المرضى على إستراتيجيات وفنيات سلوكية ومعرفية متباينة مماثلة لتلك التى تطبق فى الواقع خلال مواقف حياتيه جديدة أو عند مواجهة ضغوط الطارئة ومن رواد هذا الاتجاه (إليسEllis،بيك Beck، وميتشنيوم Meichenbaum، ورايمى Raimy، ولازروسLazores، وكيلى Killyوغيرهم (محمد محروس الشناوى وآخرون ٢١٣ : ١٩٩٨).

ممارسة العلاج المعرفى السلوكى:

Cognitive Behaviour Therapies in Practice

انه من الصعب وصف كل أصول الممارسة ولكننا سنبدأ بمبادئ وممارسة العلاج المعرفى أسلوب آرون بيك .Beck ,A ١٩٧٨).

النموذج المعرفى: The Cognitive Model



شكل (١) النموذج المعرفى The cognitive Model (Beck بيك، ١٩٩٥: ١٨)

وستعرض الباحثة بالتفصيل عن النموذج المعرفى ومستوياته مثل: المعتقدات المركزية،المعتقدات الوسطى، الأفكار التلقائية والمشاعر والانفعال.

النموذج المعرفى: Cognitive Model

يفترض النموذج المعرفى أن مشاعر الناس وسلوكياتهم تتأثر بإحساسهم بالأحداث.أنه ليس الموقف فى حد ذاته الذى يحدد ما يشعره الناس ولكن الطريقة التى يفسرون بها الموقف. أن الموقف نفسه لا يحدد بطريقة مباشرة كيف يشعرون ولكن استجابتهم الانفعالية تحدث عن طريق إحساسهم بالموقف. أن المعالج المعرفى يهتم خاصة بمستوى التفكير ويعمل فى ذات الوقت مع الجزء الظاهر وهو المستوى السطحى من التفكير (Beckبيك، ١٩٩٥: ٥٤).

على سبيل المثال، عندما يقرأ شخص ما كتاباً فإنه قد يلاحظ عدة مستويات فى تفكيره فجزء من عقله يركز على المعلومات الموجودة فى الكتيب حيث أنه يحاول أن يفهم ويربط الوقائع وفى مستوى آخر، قد يقوم ببعض الأفكار السريعة للتقييم.إن هذه الأفكار تسمى بالأفكار التلقائية وهى ليست نتيجة التأنى والتعقل ولكنها تظهر للسطح تلقائياً وتتميز بالسرعة والقصر.إن الشخص قد يكون مدركاً فقط لهذه الأفكار ولكنه لا يدرك الانفعال الذى يعقبها وكنتيجة لذلك فإنه يتقبل هذه الأفكار على أنها حقيقية دون توقف ولا يستطيع أن يتعلم ويتعرف على أفكاره التلقائية بملاحظة للتغيرات الوجدانية التى تحدث أى أنه عندما يشعر بالحزن فإنه يسأل نفسه" ما الذى كان يدور بخلدى منذ لحظات". إنه بتعرفه على أفكاره التلقائية يستطيع تقييم مدى صلاحيتها، فإذا وجد أن فهمه للموقف خاطئ ويصححه، فإن مزاجه كثيراً ما يتحسن عندما تتعرض الأفكار التى بها قصور وظيفى إلى الأفكار المنطقية فإن مشاعر الشخص تتغير (بيك Beck، ١٩٩٥: ٥٥).

لكن من أين تنبع الأفكار التلقائية؟ ما الذى يجعل شخص يفهم موقفاً معيناً بطريقة مختلفة عن شخص آخر؟ لماذا يفهم شخص ما ينسى الحدث بطريقة مختلفة كلما صادفه؟ إن الإجابة تتعلق بالظاهرة المعرفية الأكثر ثباتاً وهى المعتقدات.

لذا فإنه هناك ثلاثة مستويات فى النموذج المعرفى: المعتقدات المركزية (القوالب الفكرية) والمعتقدات المتوسطة (الافتراضات) والأفكار التلقائية فى موقف معين فإن المعتقدات الداخلية تؤثر على إحساس الشخص والتى يعبر عنها بأفكار تلقائية خاصة بالموقف والتى تؤثر على انفعالاته وسلوكه وفى النهاية تؤدى إلى تغير وظيفى.

١- المعتقدات المركزية [القوالب الفكرية]: Core Beliefs

إن المعتقدات المركزية هى الأفكار الأكثر مركزية عن الذات والناس الآخرين والعالم المحيط.إنها المفاهيم العميقة التى لا يصل إليها الأشخاص غالباً حتى بأنفسهم. وأن الشخص ينظر لهذه الأفكار على أنها حقائق مطلقة أى "الأشياء على ما تكون" وبيك Beck يفترض أن المعتقدات المركزية السلبية تقع فى قسمين كبيرين: -

- المعتقدات المتعلقة بالعجز والضعف.
- المعتقدات المتعلقة بالكراهية (بيك Beck، ١٩٩٥).

إن هذه المعتقدات تنمو فى الطفولة عندما يتغلغل الطفل مع الآخرين ويواجه عدة مواقف.أن أغلب الناس يتسمون بمعتقدات مركزية إيجابية أغلب فترات حياتهم مثلاً (أنا أستطيع عمل كل شئ بكفاءة) (أنا إنسان مهم وعامل) (أنا محبوب) (أنا ذو شأن).أن المعتقدات المركزية السلبية قد تظهر فقط فى لحظات الضغوط النفسية وعلى العكس من الأفكار التلقائية فإن المعتقدات المركزية التى يؤمن الناس بأنها حقيقية لا يتم الاتصال بها إلا إذا

أزال المعالج القشور المتعددة باستمرار سؤاله عن معنى أفكار المريض (بيك Beck ١٧٠ : ١٩٩٥).

أن المعتقدات المركزية هى المستوى الجوهرى للاعتقاد. إنهم كونية، جامدة، تتميز بالعمومية. أن الأفكار التلقائية، الأفكار والصور الحقيقية التى تجول بخلد شخص ما، تعتمد على الموقف ويمكن اعتبارها المستوى الأكثر سطحية فى المعرفة (بيك Beck، ١٩٩٥).

٢- المعتقدات الوسطى: Intermediate Beliefs

أن المعتقدات المركزية تؤثر على نمو المعتقدات الوسطى والتى تتكون من "المواقف"، "القواعد" و"الافتراضات".فى المثال السابق فإن القارئ لديه هذه المعتقدات الوسطى:

موقف: أنه شئ بشع أن أكون غير كفء"

قاعدة او نوع: يجب أن أعمل بقوة طوال الوقت"

افتراض: إذا عملت بقوة أكثر قد أستطيع أن أفعل ما يؤدونه الناس الآخرين بسهولة"

أن هذه المعتقدات تؤثر على رؤيته للموقف والتى تؤثر على طريقة تفكيره وكيف يشعر ويتصرف لذا فإن المعتقدات المركزية تؤثر على المعتقدات الوسطى والتى تؤثر على الأفكار التلقائية بالتبعية (ايفانز وآخرون.Evanze et al، ١٩٩٢ : ٨٠٨- ٨٠٢).

٣- الأفكار التلقائية: Automatic Thoughts

الأفكار التلقائية هى تيار من التفكير يصاحبه تيار أكثر وضوحاً من الأفكار وهذه الأفكار ليس قاصرة على الأشخاص ونحن ذوى المشاكل النفسية وحدها بل هى خبرة عامة بين الناس جميعاً. ونحن فى أغلب الأحيان

ندرك هذه الأفكار بصعوبة بالغة رغم أننا بقليل من التدريب تستطيع أن نخرج تلك الأفكار إلى حيز الوعى او الشعور وعندما نصبح واعين بهذه الأفكار فيمكننا نقوم بشكل تلقائى بضبط حقيقى لها ما لم نكن نعانى من خلل وظيفى نفسى.

ولتوضيح مفهوم الأفكار التلقائية نسوق هذا المثال فالقارئ ينص ما قد تتكون لديه فكرة تلقائية تقول (أنا لا أفهم هذا) ومن ثم يشعر بقلق ومع ذلك فهو يستطيع على الفور أن يستجيب لهذه الفكرة بطريقة بناءة (أنا لا أفهم بعضها فلأحاول إعادة القراءة مرة أخرى).

إن الأفكار التلقائية يصاحبها تيار أكثر وضوحاً من الأفكار تظهر بشكل عفوى ولا تقوم على النقد والتروى، والأفكار المتعلقة بالمشاكل الشخصية تصاحبها مشاعر معينة تعتمد على سياق الأفكار ومعناها (بيك Beck١٩٩٥: ٧٥- ٧٧).

مبادئ العلاج المعرفى Principles of Cognitive Therapy

١- يبنى العلاج المعرفى على إعادة ماذا عن بناء المريض ومشاكله باستخدام فى صورة مصطلحات معرفية.

Cognitive Therapy is Based on an Ever-Evolving Formulation of the Patient and his problems in Cognitive Terms.

٢- يتطلب العلاج المعرفى تحالف علاجى سليم.

Cognitive Therapy Requires a Sound Therapeutic Alliance.

٣- يؤكد العلاج المعرفى على التعاون والمشاركة الفعالة.

Cognitive Therapy Emphasizes Collaboration and Active Participation.

٤- يتجه العلاج المعرفى للهدف ويركز على المشكلة.

Cognitive Therapy is Goal Oriented and Problem Focused.

٥- يؤكد العلاج المعرفى على الحاضر أولاً.

Cognitive Therapy Initially Emphasizes the Present.

٦- أن العلاج المعرفى هو علاج تعليمى، يهدف إلى تعليم المريض أن يكون معالج لنفسه ويؤكد على منع الانتكاسة.

Cognitive Therapy is Educative, Aims to Teach the Patient to be his own Therapist, and Emphasizes Relapse Prevention.

٧- يهدف العلاج المعرفى لأن يكون محدود زمنياً.

Cognitive Therapy Aims to be Time Limited.

٨- تكون جلسات العلاج المعرفى مقننة.

Cognitive Therapy Sessions are Structured.

٩- يستخدم العلاج المعرفى فى البداية طريقة الحوار السقراطى.

Cognitive Therapy Uses Primarily the Socratic Method.

١٠- مبنى العلاج المعرفى على نموذج تعليمى.

Cognitive Therapy is Based on an Educational Model.

١١- إن الواجب المنزلى علامة بارزة فى العلاج المعرفى.

Homework is Central Feature of Cognitive Therapy.

١٢- يستخدم العلاج المعرفى مجموعة متباينة من الأساليب لتغيير التفكير، والسلوك، والحالة المزاجية.

Cognitive Therapy Uses a Variety of Techniques to Change Thinking, Mood, and Behavior.

(بيك وآخرون،Beck et al. ١٩٩٥: ٥- ٩)

فنيات العلاج المعرفى السلوكى

Techniques of Cognitive Behavior Therapy (CBT)

ينقل المعالج إلى المريض بصورة مباشرة أو غير مباشرة بعض المبادئ: الأول: إدراك الواقع والحقيقة ليس دائماً كالواقع والحقيقة بالفعل. الثانى: تفسيرات المريض للمدخلات الحسية لديه يكون معتمداً على العمليات المعرفية بطبيعتها خطأ، ويحاول المعالج أن يوضح ويكشف تشويه المريض للحقيقة والواقع، وإنذاراته لذاته وتعنيفه لها ونحو ذلك مما يؤدى إلى الحزن والألم

النفسى، ويوضح كذلك القواعد الصارمة التى تمثل الخلفية الإشارات الذات الخاطئة Faulty self signalsومن ثم: فإن أهداف العلاج المعرفى من وجهة نظر بيك هى تصحيح نمط التفكير لدى المريض بالتعامل مع التفكير غير المنطقى، والتعامل مع عملية تحريف الواقع والحقائق، والتعامل مع المشكلات والمشاركة فى تخفيفها. معتمداً على عدة أسس أهمها: المشاركة العلاجية، وتوطيد المصداقية مع المريض، واختزال المشكلة التى يعانى منها المريض، ومعرفة كيفية التعلم فى حل المشكلة التى تواجه المريض، ومن: فإن فنيات العلاج المعرفى كما تلى: (حسن مصطفى عبد المعطى ٢٨٠: ١٩٩٨):

أولاً: الفنيات المتعلقة بالمعتقدات المركزية والمتوسطة:

:Techniques Concerning Core and Intermediate Beliefs

التعرف المعتقدات المركزية والمتوسطة [بيك، ١٩٩٥]:

: Identifying Core and Intermediate Beliefs

١- قد يعبر عن معتقد Recognizing When a Belief is Expressed as an Automatic Thoughts: حيث أن المريض يمكن أن يعبر عنه كفكرة تلقائية خصوصاً إذا كان مكتئباً.

٢- استخلاص المعالج فرض كامل ((A Full Assumption بتقديم الجزء الأول منه.

٣- التعرف على المعتقد أو اتجاه من خلال أراء المريض مباشرة (Direct Eliciting)

٤- يستخدم المعالج السهم المتجه لأسفل (The Downward Arrow Technique) فى التعرف على معتقدات المركزية أو الوسطى وذلك من خلال تحديد الفكرة التلقائية التى يظن أنها قد تكون ناتجة لشكل مباشر من القصور الوظيفى للمعتقدات وثم يستمر فى ذلك حتى يكشف معتقد أو معتقدين أكثر أهمية بتوجيه الأسئلة للمريض عن معنى فكرة من

خلال ما مر به غالباً ما يكشف عن معتقد متوسط ثم بسؤاله عن ماذا يعنى ذلك بالنسبة له فإن ذلك يكشف عادة عن معتقد مركزى.

٥- بتحديد المعتقدات من خلال البحث فى الأفكار الشائعة Looking for common themes فى الأفكار التلقائية للمريض من خلال المواقف فالمعالج يستطيع أن يحدد فكرة متكررة بسال مريض مستبصر بتلك الفكرة أو أن يقوم المعالج بتقديم فرض عن ذلك المعتقد عن طريق بسؤال المريض ثم يتحقق من صلاحية فرضه.

٦- تحديد المعتقدات بتوجيه الأسئلة المباشرة ((Direct Questions للمريض حيث أن بعض المرضى قادرين العبير عن معتقداهم بموضوعية وسهولة.

٧- يمكن أن يطلب من المريض إكمال استقصاء معتقد (Belief Questionnaire) مثل مقياس القصور الوظيفى للاتجاهات والمراجعة الدقيقة لبنود الاستقصاء تلقى الضوء على المعتقدات الإشكالية .Problematic beliefs

ثانياً: الفنيات المتعلقة بالأفكار التلقائية:

: Techniques Concerning Automatic Thoughts

استخلاص الأفكار التلقائية: Eliciting Automatic Thoughts

إن الوقت المناسب لاستخلاص أفكار المريض التلقائية هو عندما يلاحظ المعالج تغيراً وجدانياً أثناء الجلسة فيبادر بالسؤال مثلاً لقد لاحظت تغير فى عينك ماذا يدور فى ذهنك.

والأمر الحيوى أن يكون يقظاً للدلائل اللفظية وغير اللفظية للمريض حتى يستخلص "المعرفيات الساخنة" أى الأفكار التلقائية الهامة التى تبرز فى جلسة العلاج نفسها والتى تكون مصحوبة بتغير أو زيادة فى الانفعال.أن الدلائل

اللفظية وتشمل نغمة الصوت أما الدلائل غير اللفظية وتشمل التغيرات فى تعبيرات الوجه أو إيماءات اليدين (بيك، Beck, ١٩٩٥: ٨٠- ٨٤).

كما يمكن للمعالج أن يساعد المريض على تحديد الأفكار التلقائية التى تكونت لديه فى موقف معين بين الجلسات

وهذا يمكن أن يتم من خلال أحد الأساليب الآتية:

الاستدعاء: Recall: ويكون من خلال السؤال التقليدى أو النطى (ماذا كان يدور فى ذهنك؟) عندما يصف المريض موقف إشكالى معين أو عند حدوث تغير وجدانى للمريض يكون قد شعر بها بنفسه. كما يقوم المعالج بمساعدة المريض غالباً بأن يطلب منه وصف تفصيلى أكثر لذلك الذى حدث له.

التخيل: Imaginery: إذا كان الوصف اللفظى للموقف غير كافى لتوضيح الأفكار التلقائية، فإن على المعالج أن تطلب من المريض أن يتخيل ذلك الموقف كما لو كان أنه يحدث تماماً الآن وأن يشجعه تحديد أكثر تفاصيل ممكنة مستخدماً الزمن الحاضر.

لعب الدور: Role Play: إذا ما وجد المريض صعوبة فى تحديد أفكاره التلقائية فى موقف يتعلق بعلاقاته الشخصية.ففن المعالج يستطيع المساعدة فى إعادة بناء الموقف من خلال التمثيل (لعب الدور) فيقوم المعالج نفسه بدور الشخص الآخر فى الموقف.

تقديم الفروض:: Hypothsizing إذا كان المريض لا يزال غير قادر على التعبير عن أفكاره فإن المعالج عليه أن يعلمه بوضوح كيف يفترض أفكاره.إن هذه الطريقة هى الخيار الثانى لأن الاحتمال الأكبر أن المريض سيقدم تفسير آخر بدلا من أفكاره الحقيقية (بيك، Beck ١٩٩٥: ٨٠- ٨٤).

من الضرورى الاستمرار فى توجيه الأسئلة للمريض حتى بعد أن يحدد أفكاره التلقائية الأساسية. هذه التساؤلات الإضافية قد يكشف عن أفكار

أخرى هامة وينبغى أن يكون المعالج مدركاً بأن المريض لديه أفكاره التلقائية أخرى لا تتعلق بنفس الموقف ولكن برد فعله اتجاه ذلك الموقف والتى تتعلق بشعوره أو سلوكه أو رد فعله الفسيولوجى بطريقة سلبية.

بعض المبادئ الهامة فى تحديد الأفكار التلقائية: -

١- التعرف على موقف الإشكالى:

Identifying The Problematic Situation

علاوة على أن المريض يكون غير قادر على تحديد أفكاره التلقائية المرتبطة بانفعال معين فهو أحياناً يجد صعوبة حتى فى تحديد الموقف أو القضية الأكثر إزعاجاً أو ضيق له. عندما يحدث هذا فإن المعالج يستطيع ان يساعد المريض بالتركيز على موقف الأكثر إشكالية وبافتراض عدد من المشاكل المزعجة له ثم ينتقل إلى تحديد واحدة منهما وتحدد مدى تهدئة مشاعر المريض فبمجرد أن يتحدد مشاعر المريض موقف معين فإنه يتم الكشف عن الأفكار التلقائية بسهولة، ثم يقوم بتقديم فرض آخر للمريض ويناقشه بنفس الطريقة.

٢- التمييز بين الأفكار التلقائية والتفسيرات

Differentiation's Between Automatic Thoughts and Interpretations :

عندما يتعرف المعالج على أفكار المريض التلقائية فإنه يبحث فى الكلمات الحقيقية والصور التى تدور فى ذهنه التى قد تعكس أو لا تعكس الأفكار الفعلية. وإلى أن يتعلم المرضى كيف يتعرفوا على تلك الأفكار فإن كثيراً منهم يضع بعض التفسيرات، والمعالج يقوم بإرشاد المريض فى تقريره بأفكاره.

٣- التمييز بين الأفكار التلقائية المفيدة والأقل إفادة:

Differentiating Between Useful and Less Useful Automatic Thoughts

إلى أن يتعلم المريض كيف يتعرف على الأفكار التلقائية المحددة التى تؤلمه فهو يمكن ن يحدد عدد من الأفكار بها بعض الأفكار تكون ببساطة وصفية وغير مرتبطة بالمشكلة الأفكار التلقائية المرتبطة تكون عادة مصحوبة بألم ملحوظ والمعالج يحاول تحديد تلك الفكرة أو الأفكار تكون الأكثر فائدة فى التركيز عليها.

٤- تحديد الأفكار التلقائية المتضمنة فى سياق الحوار:

Specifying *Automatic Thoughts Embedded In Discourse*

يقود المعالج المريض بلطف لتحديد المفردات الحقيقية التى تعبر عن الأفكار التى تدور فى أذهانهم لكى يقيموا بفاعلية .

٥- تغيير الشكل التلغرافى أو الاستفهام لأفكار

: Changing The *Form of Telegraphic Thoughts*

المريض غالباً ما يعبر عن أفكاره بصورة غير كاملة أقرب التلغرافية وبما أنه من الصعب تقييم مثل الأفكار التلغرافية.فإن المعالج يساعد المريض فى التعبير بصورة أكثر اكتمالا. كأن يحاول مثلاً تقديم فكرة مضادة، كذلك أحياناً التعبير عن الأفكار التلقائية فى شكل تساؤل، فإن المعالج يساعد المريض فى التعبير عن الفكرة فى شكل تقريرى قبل أن يساعده فى تقييمها.

بعد استخلاص الفكرة التلقائية فإن المعالج عليه أن يساعد المريض على تقييمها. أن المعالج عليه أن يضع فى ذهنه أن الأفكار التلقائية نادراً ما تكون خاطئة بالكامل فهى غالباً ما تشمل شئ من الحقيقة ولذا من المهم أن نسلم بهذا الجزء من الحقيقة ما وجد (بيك Beck ١٩٩٥).

١-أسئلة الحوار السقراطى: Socratic Questioning

يتضمن مساعدة المريض فى التوصل إلى الاستنتاج المنطقى القائم على الأسئلة المطروحة أثناء الجلسات العلاجية والتى تركز على توضيح وتحديد وتعريف المشكلات، تحديد الأفكار الكامنة وراء المشكلات، فحص معانى الأحداث لدى المريض، وتقييم النتائج التى يمكن أن تنتج عن الاحتفاظ بالأفكار والسلوكيات سيئة التكيف (سيد عبد العظيم محمد ١٩٩٨).

وان الأسئلة نوعان هما (بيك Beck، ١٩٩٥):

أ- الأسئلة الأساسية:

١- ما الدليل؟

- ما هو الدليل الذى يدعم هذه الفكرة؟
- ما هو الدليل ضد هذه الفكرة؟

٢- هل هناك تفسير بديل؟

٣- ما هو أسوأ ما يمكن حدوثه ؟ هل يمكننى معايشته؟

- ما أفضل ما يمكن حدوثه؟
- ما هو الناتج الأكثر واقعية.؟

٤- ما هو أثر اقتناعي بالفكرة التلقائية؟

- ما هو تأثير تغيير تفكير؟

٥- ماذا ينبغى أن أفعل حيالها؟

٦- بماذا سأخبر صديقاً لو كان أو كانت فى نفس الموقف؟ (أوفر هولر Overholser، ١٩٩٣)

ب- الأسئلة البديلة: Alternative Questioning

يجب على المعالج المعرفى المبتدئ أن يستخدم الاستقصاء التقليدى السابق كمرشد عند تقييم الأفكار التلقائية للمرة الأولى، وهذا الاستقصاء التقليدى تحتاج ومع ذلك وبصورة متكررة للتعديل مع أفكار معينة (بيك Beck، ١٩٩٥: ١٠٥- ١١٨).

٢- التجارب السلوكية: Behavioral Experiments

أن التجارب السلوكية تختبر صلاحية أفكار وافتراضات المريض مباشرة وهم تمثل وسيلة هامة للتقييم بمفردها أو مع أسئلة سقراط. هذه التجارب يمكن إجرائها داخل أو خارج مكتب المعالج فمثلاً: يعبر المريض عن توقع سلبى، فيفترض المعالج إختباره خلال الأسبوع يقرران المريض والمعالج كيف ومتى وأين سوف يختبرها المريض. ويقترح المعالج تغيرات إذا كانت حاجة إليها لزيادة احتمالات النجاح. ويسأل المعالج المريض رد الفعل الذى سوف يحدث له لو بالتجربة أكدت مخاوف المريض، لذا أنهم يستطيعون أن يستنبطوا مقدماً رد فعل. (جولدفريد Goldfried & دافينسون Davison، ١٩٩٤: ١٢٢- ١٢٥).

تحديد الأفكار من خلال التشوهات العرفية:

١- الكل أو لا شئ (الأبيض او الأسود أى التفكير المطلق):

All or Nothing thinking (also called as black or white, absolutist thinking):

الميل للتفكير فى صورة مطلقة " إما" أو"، ولا توجد منطقة وسط. مثل: "إما أن أكون ناجحاً تماماً فى هذا إما أن أكون فاشلاً تماماً".

٢- التعميم المفرط: Over- Generalization

استخلاص قاعدة أو فكرة على أساس من حادث معين وتعميمه لمواقف غير مماثلة مثل " دائماً"، " أبداً" مثل " لا أنجح أبداً فى أى شئ".

٣- التركيز السلبى الانتقائى:

(يسمى أيضاً التجريد الانتقائى، تقليل قيمة الايجابيات والفلترة العقلية)
Selective Negative Focus (also called selective abstraction, mental filter, discounting the positive).☐

الوصول إلى صيغة للنتيجة بالنسبة لحدث معين أو ذكرى أو آثر وذلك على الأساس من تفصيلات مستقلة على حين يكون هناك تجاهل للبراهين المتناقضة والأكثر دقة مثل " يمكن لأى أحد أن يفعل هذا".

٤- قراءة الأفكار الآخرين: Mind Reading

القيام باستنتاجات حول أفكار أو نوايا أو دوافع الآخرين مثل "إنها لا تحبنى".

٥- قراءة الطالع أو التنبوء السلبى: Fortune Telling

يتم استخدام التشاؤم أو الفشل السابق بشكل غير ناضج أو غير مناسب للتنبوء بالفشل فى المواقف الجديدة مثل " ما جدوى المحاولة، لن أفلح".

٦- التفكير المأساوى: Catastrophic Thinking

هو مثال متطرف من التعميم الزائد يتم فيه تضخيم أثر حدث سلبى بشكل مبالغ فيه ومتطرف مثل " إذا أصبت بحالة رعب سوف أفقد السيطرة وأجن".

٧- يجب أو ينبغى أو يتحتم،أو لابد..الخ: Should's and Must's

أوامر مطلقة توجه للذات أو للآخرين، تملى هذه الأوامر بدورها معايير جامدة أو تعكس درجة غير واقعية من التحكم المفترض على الأحداث الخارجية.

٨- التفكير غير المنطقى أو الاستنتاج العشوائى:
Illogical Thinking or Arbitrary inference

إقامة علاقات بين أفكار غير مرتبطة، أو مرتبطة بطريقة متعسفة مثل" إذا لم أكن قد تحسنت تحسناً ملموساً حتى الآن فلن أشفى أبداً.

٩- التفكير الانفعالى (العاطفى): Emotional Reasoning

يفترض ان مشاعره السلبية ينعكس تلقائياً فى طبيعة الأشياء مثل" أشعر بفقدان الأمل لذا سأكون أفضل لو مت".

١٠- الشخصنة والذنب: Personalization and Blame

يتم تفسير المواقف والأحداث على أنها مؤشرات لشئ سلبى خاص به، بينما هى فى الحقيقة لا تمت لحالته بصلة. مثل "المدير صامت لأنى غير محبوب أو غير كفء أو لأنى أخطأت".

١١- التسمية (التلقيب): Labeling

يتم التوحيد بين نواحى القصور والفشل وبين شخصية الفرد مثل " لأنى رسبت فى الامتحان أنا فاشل".

١٢- التفسير الجسمى (الخاطئ): Somatic (Mis) Focus

الاستعداد المسبق لتفسير المنبهات الداخلية (مثل: زيادة نبض القلب، الدوخة، ضيق التنفس...الخ) على أنها مؤشرات محددة لأحدث مأساوية مقبلة (مثل نوبة قلبية، إغماء، اختناق...الخ).

١٣- وهم العدل والتغير: Fallacy of Fairness and Change

أن يعتقد الآخرين ينبغى عليهم أن يسلكوا بطرق ترضيه دائماً أو أن الناس ينبغى أن يتغيروا لمجرد أنه يرغب فى ذلك.

١٤- المبالغة فى تحديد الخطر: Exaggeration of Threat

كان يبالغ فى تقدير احتمال حدوث الخبرات السلبية مثل" أعرف أنهم لن يحبونى"، أو المبالغة فى تقدير نتائج ما سيحدث لو تحققت الخبرة السيئة مثل " إذا رفضونى لن أتمكن من تحمل هذا".

١٥- التجنب المعرفى: Cognitive Avoidance

يتم إدراك الأفكار أو المشاعر أو الأحداث غير المرغوبة (غير المبهجة) على أنها شديدة جداً ولا يمكن التغلب عليها فيتم كبتها أو تجنبها بشكل نشط (جرينبرج ,.Greenberger, et al ١٩٩٥: ٩٩- ١٠٥).

البناء الشكلى لجلسات العلاج

Structures for Therapy Session

إعداد المريض للعلاج المعرفى:

عنصران هامان عند استخدام العلاج المعرفى:

(١) يجب أن يفهم المريض طبيعة وأساس العلاج المعرفى ٠

(٢) يجب إعداد المريض للتعامل مع التقلبات فى مستوى اكتئابه أثناء العلاج٠

يعد المعالج كل مريض للعلاج المعرفى أثناء فترات الجلسة الأولى وبعض فترات من الجلسة الثانية ٠ ويقدم المعالج بدقة الخطة العامة والأساس المنطقى العام للعلاج المعرفى٠ وبعد ذلك تناقش المعالجة تحديدات وأمثلة للمعارف أو "الأفكار التلقائية" ٠ على سبيل المثال، أثناء الجلسة الأولى، يصف المعالج العلاقة بين الأفكار والمشاعر ويستطيع المريض فهم هذه العلاقة إذا ما استخدم المعالج مثالا.

و يمكن أن يشرح المعالج الطريقة المعرفية للمريض على النحو التالى: عندما يفكر الأشخاص المكتئبين فى خبراتهم، فإنهم يكونون عموماً منسحبين ويميلون لتبنى المعانى السلبية التى تستطيع على شكل ممكن تصوره عزوه إلى هذه الأحداث، وعندما يحدث هذا يشعر المريض بواقعية التفكير السلبى ٠ وكلما زاد الاعتقاد فى التفكير السلبى هذا كلما زاد الإزعاج الذى سوف يشعر به المريض ٠ طوال العلاج، يركز المعالج بشكل متكرر على العلاقة بين الشعور والتفكير ٠ فإذا قال المريض " شعورى فظيع " يسأل المعالج " ما هو تفكيرك نحوه" ٠ وإذا روى المريض حدث حديث فى واجبه المنزلى وسجل مشاعره المرتبطة به وبشكل تناوبى يسأل المعالج عن دلالات الحدث للمريض ٠ ومرة ثانية، إذا المريض، عند شعوره بالألم والحزن، وقام بالاتصال التليفونى بالمعالج، يمكن أن تستخدم هذه المحادثة التليفونية

لمساعدة المريض على تحديد الأفكار التلقائية المزعجة: ما هى أفكارك تماماً الآن • وبعد ذلك تعطى المعالج المريض كتيب "كيفية التغلب على الاكتئاب" وهذا يكون أول واجب منزلى •

الجلسة العلاجية الأولى: The First therapy Session

للإعداد للجلسة الأولى، فإن المعالج يراجع تقييم المريض لتخطيط العلاج بطريقة جيدة توضح كيف أن العلاج المعرفى السلوكى الأساسى قد يتغير تبعاً للمريض أنه من الضرورى أن نبدأ فى بناء الثقة والألفة معاً منذ الجلسة الأولى (بيك Beck، ١٩٩٥: ٢٦).

التعليمات والأهداف: Structure and Goal

أن الجلسة الأولى تختلف عن باقى الجلسات لأن المعالج والمريض يحتاجان لأن يعرفا بعضهما جيداً. أنهما سيتبعان خطوات التكوين الأساسى كما يلى:

١-وضع جدول الأعمال: Setting the Agenda

أن المعالج يبدأ الجلسة الأولى بوضع جدول الأعمال وليقرر عما سيتكلم فيه أن هذا ينبغى عمله فى بداية كل جلسة ليتأكد من أنه سيكون لديه الوقت لتغطية كل الأمور الهامة مع المريض.أن تحديد جدول الأعمال ينبغى أن يكون سريعاً وحتى آخر لحظة. أن توضيح الغرض من كل خطوة يجعل عملية العلاج مفهومة للمريض وتؤدى إلى مشاركة فعالة بصورة منظمة ومنتجة.أن الفشل فى عمل جدول أعمال صريح غالباً ما يؤدى إلى محادثة ليست ذات جدوى لأنها تمنع المعالج والمريض من التركيز على العناصر المهمة للمريض. وفى النهاية فإن أحد مهمات الواجب المنزلى هو البحث عن عنصر أو مشكلة جديدة يجب أن يفيد فيها لجدول الأعمال فى الجلسة التالية (بيك Beck، ١٩٩٥: ٢٨).

٢- اختبار الحالة المزاجية:Mood Check

إن المعالج يقوم بعمل اختبار قصير للحالة المزاجية. بالإضافة إلى تقريره الأسبوعى عن انطباعاته بتقديرة الذاتى مثل استجواب بيك للاكتئاب، يساعد المريض والمعالج على وضع مسار ملموس لحالة المريض (بيك Beck، ١٩٩٥: ٢٩- ٣٠).

٣- مراجعة المشكلة الحالية، التعرف على المشكلة، تحديد الهدف:

:Review of the present problem, problem Identification, and Goal Setting

يراجع المعالج مشكلة المريض الحالية ثم يساعد المريض على تحويل هذه المشاكل إلى أهداف للعلاج. ثم يبدأ المريض فى تخصيص بعض الأنشطة لتكون من ضمن واجبه المنزلى (قائمة الأهداف) والتى يعتقد أنها قد حدث تحسن فى مزاجه المعتل (بيك ,Beck، ١٩٩٥: ٣١).

٤- تعليم المريض ما هو [النموذج المعرفى]:

: Educating the patient about the cognitive Model

أحد الأهداف الهامة للعلاج هو تعليم المريض أن يكون معالج نفسه وأن المعالج عليه أن يعرف المريض العلاج المعرفى السلوكى وأنه يعلمه النموذج المعرفى مستخدماً أمثلته الخاصة يطلب من المريض أن يرسم شكلاً لموقف فى الماضى أدى إلى فكرة معينة تؤثر على مشاعر (،بيك Beck، ١٩٩٣: ٣٣- ٣٦).

٥- توقعات العلاج Expectations for Therapy:

أن المرضى غالباً ما يبدءون العلاج ولديهم انطباع أن العلاج غامض وأنهم لن يفهموا الطريقة التى يمكن أن يتحسنوا بها. والمعالج المعرفى السلوكى على العكس من ذلك يؤكد أن هذا النوع من العلاج منظم ومبرر وأن المرضى

يتحسنون لأنهم يفهمون أنفسهم أحسن ويحلون مشاكلهم ويتعلمون الطرق التى يطبقونها على أنفسهم.

أنه من المرغوب فيه، فى أول جلسة، أن يعطى المعالج للمريض فكرة عامة عن مدة العلاج المتوقعة ومن المفضل أن يكون هناك مدى معين من شهر ونصف إلى أربعة أشهر ولكن البعض ينتهون مبكراً أما المرضى الآخرين ذوى المشاكل النفسية المزمنة قد يستمروا فى العلاج لسنة أو أكثر (بيك Beck ١٩٩٥: ٣٧- ٣٨).

٦- تعليم المريض عن مرضه: Educating the patient about his disorder

يريد أغلب المرضى أن يعرفوا التشخيص العام وأنهم ليسوا مختلين عقلياً ويعرف أن المعالج ساعد الكثيرين، وألا يعتقدوا أنهم مختليين، وأن مشاكل المريض الكثيرة فى العلاقات الاجتماعية بعض مشاكله ترتبط بمشكلته المرضية مما يقلل نقده لذاته (بيك Beck، ١٩٩٥: ٣٨- ٣٩).

٧- كتابة الملخص بنهاية الجلسة: End of Session Summary:

يجمع الملخص النهائى الخيوط المتفرقة طوال الجلسة وفى النقاط المهمة.أن الملخص يتضمن أيضاً مراجعة لما وصل عليه المريض كواجب منزلى.فى الجلسات الأولية يقوم المعالج بالتلخيص ولكن فيما بعد. تكون هذه المهمة من واجبات المريض وينبغى أن تشجعه على ذلك (بيك Beck، ١٩٩٥: ٤٠).

٨- تحديد الواجب المنزلى: Setting of Homework:

أن كلمة "واجب" فى حد ذاتها تجعل المريض فى وضع متحفز لذا فإن على المعالج أن يفرق بين الواجب العلاجى الذى يوضع بالمشاركة بينه وبين المريض وبين التجارب السابقة مثل الواجب المدرسى والذى كان إجبارياً، غير

شخصى، ولا يساعد على شئ.أن المعالج والمريض عليهم أن يجدوا اسماً أو مصطلحاً أكثر قابلية مثل " أنشطة مساعدة الذات".

أن أحد الواجبات المعتادة فى الجلسة الأولى يتعلق بالعلاج بالقراءة وأن المعالج قد يطلب من المريض فصلاً من كتاب العلاج المعرفى أو كراسة تعليمية. أنه يحاول أن يجعل المريض مشاركاً فى العلاج بالقراءة (عندما تقرأ هذا الكتيب، وتضع علامة على الأجزاء التى تتفق معها والتى ترفضها، ما الذى يلائمك أو لا يلائمك) (بيك Beck، ١٩٩٥: ٤٠).

٩-التغذية الرجعية [مردود العمل]Feedback :

أن العنصر الأخير فى الجلسة العلاجية هى رد الفعل (التغذية الرجعية). أنه بنهاية الجلسة الأولى، فإن أغلب المرضى يحملون شعوراً إيجابياً نحو المعالج والعلاج. أن السؤال عن مردود الجلسة لدى المريض يريد الألفة وأن المعالج يهتم بما يفكر فيه المريض لتوضيح أى سوء فهم فبعض المرضى يفهمون بعض التصرفات بحساسية زائدة. أنه بسؤال المريض عما يضايقه.يعطى الفرصة للمريض أن يقول ويختبر استنتاجاته وأن المردود اللفظى قد يزيد فى المستقبل بإضافته تقرير علاجى يكتبه المريض (بيك,Beck ، ١٩٩٥: ٤١- ٤٤).

الجلسة العلاجية الثانية وما بعدها: Session Two and Beyond:

إن أهداف المعالج أثناء الجلسة الثانية وما بعدها هى أن يساعد المريض أن يختار مشكلة أو هدفاً للتركيز عليه وأن يبدءوا حل المشاكل وأن يقوم النموذج المعرفى للتعرف على الأفكار التلقائية. واستمرار التآلف بين المريض والعلاج المعرفى السلوكى: إتباع الخطة الموضوعة للجلسة، العمل المتعاون، إعطاء مردود للمعالج، مراجعة الماضى والخبرة الحاضرة فى ضوء النموذج المعرفى وفوق كل ذلك، بناء التحالف العلاجى وإعطاء تخفيف للأعراض (بيك ,Beck، ١٩٩٥: ٤٥- ٤٦).

أ- البناء وتنسيق الأجزاء (شكل الجلسات): A-Structure and Format:

١- مراجعة سريعة للأحداث الحالية واختبار الحالة المزاجية والعلاجية:

: Brief Update and Mood (and Medication)Check

أن فحص الحالة المزاجية يأخذ وقتاً قصيراً وقد يكون مصحوباً بمراجعة سريعة لأخر أحداث الأسبوع. أن المعالج يستنتج وصفاً شخصياً من المريض ويطابق بدرجات الاختبار ثم يقارن بين نتائج الاختبار الحالى بالنتائج فى الجلسات السابقة فإذا ما لاحظ تغيراً مزاجياً فإنه يعزى التغير إلى تغيرات فى سلوك المريض أو تفكيره عن كونه تغيراً فى الظروف المحبطة) بيك Beck، ١٩٩٥: ٤٦- ٤٨).

أما إذا كان المريض يستخدم دواء لمشاكله النفسية فإن المعالج عليه أن يتأكد من طريق استخدام المريض له وانتظامه عليه ومشاكله وأعراض الجانبية وتساؤلات المريض عنه. أن المعالج عليه أن يوضح أيضاً أنه إذا كان العلاج مسئولاً عن جزء من التحسن فإن مجهودات المريض نفسه تلعب دوراً هاماً (بيك Beck ١٩٩٥: ٤٦- ٤٨).

٢- الوصلة مع الجلسة السابقة: Bridge from Previous Session

إن الغرض من هذا الجزء هو التأكد من استيعاب المريض ومهمة الجلسة السابقة لذا فإن علم المريض بهذا يحفزه بأن يعد لهذه الجلسة بالتفكير فى العلاج طوال الأسبوع. أنه من المهم أن نلاحظ أن سبباً رئيسياً لفشل المريض فى استدعاء أحداث الجلسة هو فشل المعالج فى جعل المريض يكتب النقاط المهمة فى الجلسة بنفسه (بيك Beck، ١٩٩٥: ٤٨- ٥٠).

٣-تحديد جدول الأعمال: Setting the Agenda

عموماً فإن المسئولية الكبرى تقع على عاتق المعالج فى وضع جدول الأعمال خلال الجلسات الأولى ثم بالتدريج تنتقل هذه المسئولية للمريض. إنه من المهم للمريض أن يتعلم كيف يضع بنود جدول الأعمال حتى يستطيع الاستمرار فى علاج نفسه فيما بعد. أن المعالج يعود المريض أن يظهر المشاكل التى تحتاج إلى حل أما إذا كان هناك العديد من البنود فإن المريض والمعالج يتعاونون فى وضع الأولويات والوقت اللازم لكل منها مع إلغاء بند واحد أو اثنين للمناقشة فى الأسبوع التالى إذا كان هذا ضرورياً (بيكBeck ، ١٩٩٥: ٥٠- ٥٢).

٤-مراجعة الواجب المنزلىReview of Homework:

ترجح الدراسات أن المرضى الذين يقومون بالواجب بانتظام يظهرون تحسناً أكبر عن الذين لا يفعلون ذلك (نيماير Niemeyer & فيكساس Feixas، ١٩٩٠).أن مراجعة الواجب المنزلى كل جلسة يقوى هذا السلوك أما إذا لم يراجع الواجب فإن المريض يبدأ فى الاعتقاد بأنه ليس مهماً ويبدأ انتظام المريض فى عمله متفائل. أن مراجعة الواجب قد تكون سريعة أو قد تأخذ وقت الجلسة كله إذا ما كانت الأشياء التى يريد المريض مناقشتها يشتملها ... ١٩٩٥: ٥٢- ٥٣).

هو مهمة المعالج خاصة إذا كان يرى أن اختيار موضوع معين سيؤدى إلى تقدم سريع فى طريق العلاج.

يحاول المعالج أن يمزج أهدافه قدر المستطاع مهما كان الموضوع الذى يتم مناقشته. أن المعالج لا يحاول فقط أن يساعد المريض فى الجلسة الثانية ولكنه أيضاً (١) يربط بين الموضوع وأهداف علاج المريض (٢) يقوى النموذج المعرفى (٣) يعلم المريض باستمرار أن يتعرف ويقيم أفكاره التلقائية. (٤) تخفيف بعض الأعراض بتعليم المريض أن يستجيب لأفكار (٥) استمرار بناء الألفة عن طريق الفهم الصحيح. (٦) تحديد مهمات الواجب مع تحذير المريض بأن يتبنى توقعات واقعية حول هذه المهمات الجديدة (بيك Beck، ١٩٩٥: ٥٢- ٥٨).

٦- الملخصات الدورية Periodic Summaries:

يقوم المعالج بطريقتين فى التلخيص طوال الجلسة. النوع الأول هو ملخص سريع عندما ينتهى جزء معين من الجلسة لذا فإن المعالج والمريض يكون لديهما فهم واضح عما فعلا وعما سيفعلونه بعد ذلك. أما النوع الثانى فهو عن المحتوى الذى أدى به المريض فغالباً ما يسرد المريض العديد من التفاصيل. أن المعالج يلخص ويبرزه بصورة واضحة منها على أن يستخدم كلمات المريض نفسه كلما أمكن حتى ينقل دقيقاً وحتى يجعل المشكلة الأساسية نشطة فى ذهنه (بيك.Beck ، ١٩٩٥ : ٥٨).

٧- الملخص النهائى والتغذية الراجعة inal Summary and Feedback:

أن المعالج يهدف هنا أن يوضح للمريض النقاط الرئيسية التى تم تغطيتها أثناء الجلسة بطريقة مبهجة ولأن هذه إحدى الجلسات الأولى فإن المعالج يلخص بنفسه حتى يتقدم العلاج ويتولى المريض هذه المسئولية. أن التلخيص يصبح أكثر سهولة إذا ما كتب المريض ملاحظات جيدة عن الموضوعات الهامة فى الجلسة (بيك .Beck، ١٩٩٥: ٥٩- ٦٠).

العملية فى ملئها والتى يمكن حلها مثل عدم وجود وقت كافى أو النسيان أو عدم ترتيب المشاكل.

٣ـ الوصلة مع الجلسة السابقة: Bridge from Previous Session

أن المشكلة التى تنشأ هنا تتعلق بصعوبة تذكر محتوى الجلسة أو المعنى عن مردود الجلسة السلبى عليها حتى يعرفه المعالج.

٤ـ تنظيم جدول الأعمال الجلسات: Setting The Agenda

أن المشكلة التقليدية هنا هى فشل المريض فى المشاركة فى تنظيم جدول الجلسات أو يأسه من مناقشة مشاكله خلال جدول الجلسات. أن المريض إما أن يكون غير متألف تماماً أو يحمل معنى سئ للمشاركة فى ذلك.

٥ـ مراجعة الواجب المنزلى: Review of Homework

هناك مشكلة تقليدية هى أن المعالج يكون فى عجلة لأن ينتقل إلى جدول الأعمال الخاص بالمريض ولا يسأل المريض عن الواجب المنزلى الخاص بالأسبوع المحدد أن المعالج غالباً ما يسأل عن الواجب المنزلى إذا ما كان يضع نصب عينيه العناصر الستة للجلسة العلاجية والملاحظات العلاجية للأسبوع الماضى شاملاً الوثيقة المكتوبة.

٦ـمناقشة عناصر جدول الأعمال: Discussion of Agenda Items

تشمل المشاكل المعتادة هنا اليأس أو المناقشة السطحية عدم إحراز تقدم أو الفشل فى عمل تدخل علاجى. أن المناقشة الغير مركزة أو السطحية غالباً ما تنشأ عندما يفشل المعالج فى تركيب عناصر المناقشة بطريقة سليمة عن طريق المقاطعة بلطف ليعيد المريض إلى العنصر الذى هو موضع المناقشة، عندما يفشل فى التأكيد على الأفكار التلقائية الأساسية، المشاعر، المعتقدات، السلوك أو فشله فى تلخيص الأحداث .

٧ـ تحديد الواجب المنزلى الجديد: Setting New Homework

ان احتمالية عمل المرضى للواجب تقل عنده:

- اقتراح مهمة صعبة للغاية أو بعيدة عن اهتمامات المريض.
- عدم تقديم مبرر مقنع.
- عدم مراجعة واجب المرات السابقة.
- عدم التركيز على أهمية الواجب عامة وعلى مهمات معينة خاصة.
- عدم الشرح الواضح للمريض عن طريقة عمل المهمة، أو سؤال أسئلة تقليدية عن المصاعب المحتملة.
- عدم جعل المريض يكتب المهمات المطلوبة فى الواجب.
- عدم المشاركة مع المريض فى تحديد المهمات مما يؤدى إلى مهمات لا يريد المريض فعلها.

٨ـ الملخص النهائى: Final Summary

يلخص المعالج كل فترة خلال الجلسة ليضمن فهمه لما يقوله المريض.أن المعالج إذا ما طلب من المريض أن يسجل النقاط المهمة أثناء الجلسة، فإن ملخصاً سريعاً يكون قد تم إعداده. أن فشلك فى جعل المريض يدون ملاحظات يجعل تلخيص الجلسات أكثر صعوبة .

٩-التغذية الرجعية: Feedback

تنشأ المشاكل إذا ما كان المريض قد أصابه الضيق على نهاية الجلسة دون الوقت كافي للتخلص من هذا الشعور أو عدم تعبير المريض عن هذا الشعور السلبى. إن الحل العلمى هو تجنب جريان الوقت بأن تبدأ نهاية الجلسة مبكراً بعشرة دقائق قبل النهاية مما يعطى وقت لتحديد الواجب المنزلى الجديد، وتلخيص الجلسة وتحديد استجابة المريض نحو الجلسة (بيك، Beck ١٩٩٥: ٦٤- ٧٣).

نموذج العلاج المعرفى السلوكى للاكتئاب

Cognitive Behavior Therapy of Depression

١- المبرر العقلي للأسلوب المعرفى: Rational of Cognitive Approach

يتضمن الاكتئاب: (أ) تمارضاً أو سلوكاً مرضياً يمكن ملاحظته مثل قابلية وسهولة الشعور بالتعب والبكاء وسفح الدموع بغزارة والتهديد بالانتحار (ب) خلفية الدافعية تتضمن تجمعاً من الأفكار السلبية، وأنه لن يتحقق أمل فى المستقبل، وأنه محكوم عليه بالفشل، وأنه محروم وعاجز.

٢- العرض، والتقنية الفنية، والاتجاه غير التكيفي:

:Symptom, Technique and Maladaptive Attitude

ومع أن العلاج يمكن أن يبدأ على مستوى سلوكي، فإن عناصر الاتجاهات التى تمثل الخلفية يجب تغييرها نهائياً، وبذلك يكون الهدف تعديلاً معرفياً، والاندماج فى أنشطة مؤدية إلى نجاحات ملموسة (وهى طريقة سلوكية) قد تساعد فى مواجهة الاتجاه.

٣- التقنيات الفنية لإعادة التنظيم المعرفى:

:Mechanism of Cognitive Reorganization

يساعد المعالج المريض على التعرف على التعميمات التى تمثل الخلفية التى يعانيه من اكتئاب، ثم يتم تحدى هذه التعميمات وتوضع موضع المناقشة والتفنيد من خلال التساؤل من منطقيتها، ومحاولة استدعاء واستثارة التبريرات العقلية التى تجعل المريض يتقبلها، ثم يتساءل كما يحدث فى الأسلوب الجدلي عن الدليل المؤيد أو المعارض لهذه التعميمات. ويمكن إجراء التجارب تأكيداً للتعميمات (حامد عبد العزيز الفقى ١٩٨٩: ١٢).

الهدف من العلاج:

فيصف بيك بأن يعدل، ويختبر الواقع ويصحح التصورات المحرفة والقوالب الفكرية المختلة وظيفياً المتضمنة فى هذه المعارف. ويستخدم المعالج المعرفى فنيات سلوكية نوعية بالإضافة إلى تشكيله من طرائق التغيير المعرفية على سبيل المثال المراقبة الذاتية والتدريب السلوكى وواجب المهمة. وتتمثل الإستراتيجية العامة فى مزيج من الإجراءات اللفظية وهى أساليب يتم تصميمها بقصد مساعدة المريض على التعرف على التصورات المحرفة والاعتقادات غير الوظيفية الكامنة وراء هذه المعارف واختيار واقعيتها وإعادة بنائها. يستخدم المعالج المعرفى الفنيات السلوكية واللفظية ليساعد المريض على أن يتعلم أن يتعرف على الترابط بين المعرفة والوجدان والسلوك وأن يراقب أفكاره السلبية، وأن يفحص الدليل المؤيد والمضاد لأفكاره المحرفة وأن يحل تأويلات واقعية ومنطقية أكثر لمعارفه السلبية المحرفة.

إستراتيجيات العلاج المعرفى السلوكى للاكتئاب

Strategies of Cognitive Behavior Therapy for Depression

أـ اختيار مرضى الاكتئاب الملائمين للعلاج المعرفى السلوكى:

A-Selection of Depressed Patients for Cognitive Behavior Therapy :

أن الأسئلة التالية هى التى تساعدنا كى نقرر إذا ما كنا سنحاول بالعلاج المعرفى أم لا بالنسبة لأى مريض.

١- هل المريض مكتئب فعلاً؟

أظهرت الدراسات فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى المرضى الغير مصابين بمرض عقلى (بدون هلاوس أو ضلالات)، ليسوا ثنائى القطبية فى العيادة الخارجية ولديهم خصائص مرض الاكتئاب (بايكل ,Paykel، ١٩٩٤: ٩- ٢٠).

٢- ما هى طبيعة الاكتئاب؟

اقترح (بيك وآخرون ,.Beck et al١٩٧٩) أن العلاجات التقليدية مثل دخول المستشفى والعلاج الكيمائى يجب أن تستخدم فى الحالات الشديدة من الاكتئاب التى تميل للانتحار، ثنائية القطبية. (راش Rush وشاو Shaw ١٩٨٢) وعلى الرغم من عدم وجود دليل واضح على أن أعراض الاكتئاب الشديد تعنى عدم الاستجابة للعلاج (فينيل ,Fennell، ١٩٨٩: ١٨٩- ٢٣٤).

٣- ما مدى شدة الاكتئاب؟

أن تقدير الاكتئاب مهم لأنه يعكس الحاجة إلى علاج بديل أو علاج يؤخذ فى نفس الوقت مثل العلاج البدنى أو دخول المستشفى ولأن الشدة تؤثر على الأعراض والأساليب التى تشكل النقطة الأولى فى العلاج عند استخدام مقياس بيك للاكتئاب (بيك وآخرون ,.Beck et al، ١٩٦١). مقياس للتقييم

اتى مكون من ٢١ بند يسمح بتقييم سريع للأعراض ويستكمله المرض قبل
ل جلسة أما البديل عن ذلك هو استخدام المعلومات المستمدة من اللقاء مع
ريض مثل شدة وفساد المزاج المحبط، التفاعل مع الأحداث الخارجية، النقص
سلوكى ومداه وإلى أى مدى يكون القصور الوظيفى (شاو وآخرون Shaw et al، ١٩٩٣: ٧٧- ٨٠).

- هل يتحدث المريض عن معارف محبطة؟

أن المعالجين يجب أن يبحثوا عن دليل على "الثلاثى المعرفى السلبى" الذى يراه بيك كمركز للاكتئاب. وأن العناية الخاصة يجب أن تمنع إظهار عراض اليأس والأعراض الانتحارية والتوقعات السلبية للعلاج حيث أن التعامل مع هذه الأعراض له الأولوية المطلقة (شاو وآخرون .,Shaw et al، ١٩٩٣: ٨١- ٨٧).

٥- إلى أى مدى سيقبل المريض أهداف العلاج؟

أن المرضى الذين يستجيبون لأهداف العلاج هم الذين يتعرفون على خبراتهم (نعم أنه أنا) والذين سيعطون محاولة للأساليب المعرفية والسلوكية، تكون احتمالات استجابتهم للعلاج أحسن من المرضى الذين يرفضون العلاقة الشخصية فى النموذج (مثلاً" أنا أرى ما الذى تريده ولكنى لا أعرف كيف ينطبق هذا على") وتكون فائدة هذا بالنسبة لهم (فينيل Fennell& تيسدال ,Teasdale، ١٩٨٧: ٢٥٣- ٢٧١).

٦- إلى أى مدى يقدر المريض على تكوين علاقة متعاونة؟

يحتاج المعالج فى الجلسات الأولى أن يركز أكثر على بناء العلاقة بينا وبين المريض وبصورة أقل على تعليمه مهارات العلاج. أى أنه من الضرورى أحياناً العمل الصريح على مساعدة المريض على التعرف وتقييم الأفكار

والمعتقدات التى تمنع التعاون الفعال (شاو وآخرين ,.Shaw et al، ١٩٩٢: ٧٨- ٩٠).

٧- إلى أى مدى تصل ذخيرة المريض المتوافرة من المهارات المكتسبة؟

أن المرضى ذوى الذخيرة الجيدة من المهارات السلوكية والمعرفية يكونوا أكثر قابلية للاستجابة بسرعة وبطريقة تامة للعلاج المعرفى السوكى عن المرضى الذين لا يملكون هذه الذخيرة. أن هذا قد يكون بسبب تقبلهم لأهداف العلاج أو لأن العلاج فقط سيعيد تثبيت أو يعطى المهارات التى أفسدها الاكتئاب وليس إعادة تعليم السلوكيات والمهارات من جديد (جايسون وآخرين ,.Jayson et al ١٩٩٨: ٣٥- ٣٩).

بـ عدد ومعدل تكرار جلسات العلاج:

B-Number and Frequency of Therapy Sessions :

عند تخطيط العلاج فإن الحد الأقصى هو ٢٠ جلسة كل منها مدتها ساعة بمعدل جلستين كل أسبوع خلال ال ٣ أو ٤ أسابيع الأولى لإعطاء قوة الدفع الضرورية ومحاربة اليأس ثم مرة واحدة أسبوعياً بعد ذلك. وقد يختلف العدد أثناء الممارسة تبعاً للظروف الخاصة بعلاج كل فرد.أن بعض الناس خاصة هؤلاء الذين كانوا يعيشون حياتهم بصورة واضحة قبل إصابتهم بالاكتئاب، يستجيبون جيداً ٥ أو ٦ جلسات منظمة بينما آخرين يحتاجون العشرين جلسة كاملة أو أكثر حيث أن مشاكلهم مزمنة (فينيل Fennell et al.، ١٩٨٩: ١٦٩- ١٧٥).

أن معدل تكرار الحالات قد يختلف تبعاً للحاجة.أن الجلسات الأسبوعية تكون كافية فى حالات الاكتئاب الذى لا يؤدى إلى عجز بصورة كبيرة. وعلى العكس فإن الاكتئاب الشديد لمرضى القسم الداخلى الذين يفقدون التركيز وذوى الأنشطة القليلة قد يستفيدون من جلسات يومية كل منها لمدة ٢٠ دقيقة فى بداية العلاج مركزة على مهمات سلوكية معينة. عموماً أياً

كان معدل الجلسات أو عددها فإن المريض عليه أن يتوقع أن يكون مهاراته بنفسه وأن المعالج سيكون موجوداً لمدة محددة (فينيل Fennell ١٩٨٩: ١٧٦- ١٨٠).

جـ تقييم الصعوبات الحالية:

C-Assessment of Current Difficulties :

أن تقييم الصعوبات الحالية قد تم تلخيصه فى قائمة المشاكل "التى تتفق مع المريض. أن القائمة ستشمل نوعين من المشاكل أعراض الاكتئاب ومشاكل الحياة أى المشاكل البعيدة عن الاكتئاب ذاته التى قد تصاحبه مثلاً:

١- مشاكل عملية: السكن غير مناسب أو البطالة.

٢- مشاكل شخصية: صعوبة فى تكوين علاقات حميمة.

٣- مشاكل داخل الشخصية: نقص الثقة بالنفس .

ها هو مثال لقائمة المشاكل

١- عدم القدرة على التعبير عن الذات.

- صعوبة قول "لا".
- صعوبة عدم الموافقة.
- صعوبة التعبير عما "أريده" عندما يريد الآخرين شئ آخر.

٢- الشعور بالدونية كشخص.

٣- صعوبة متعلقة بانهيار زواجي.

- المريض لن أستطيع أن أتوافق مع الأشياء العملية وحدى (إيجاد مكان للمعيشة).
- المريض لن أجد علاقة طويلة المدى أبداً.

٤- الاكتئاب.

- عبئ المطالب اليومية.
- تجنب الناس.
- الجلوس والتفكير.
- عدم القدرة على التركيز.
- عدم الاستمتاع بشئ.

٥- الاكتئاب بسبب الاكتئاب:

أنه خطأى إنى فعلت أشياء كثيرة بطريقة فوضوية وأنا أستحق أن أشعر بالاكتئاب.أن الموافقة على قائمة المشاكل يعطى المريض خبرة بالعلاج المعرفى السلوكى كمشروع تعاونى (فينيل، Fennell ١٩٨٩: ١٨١- ٢٣٤).

الفنيات العلاج المعرفى السلوكى المستخدمة فى مرضى الاكتئاب

Techniques of Cognitive Behavior Therapy Used in Depression

أ- الفنيات المعرفية: Cognitive Techniques

تقدم هذه الأساليب للمريض عن الوقت الذى ينفق فى التفكير الذى يؤدى إلى مزيد من الإحباط وليس حل المشكلة إنهم لا يؤدون إلى تغير المعرفى الجوهرى، ولكن بتقليل معدل الأفكار المحبطة يؤدى إلى تحسن الحالة المزاجية مما يساعد فى حل المشكلة.

١- وسائل التشتت: Distruction Techniques

لقد تم ذكرها من قبل ولكن هنا يتم وصفها بتفصيل أكثر:

أ- التركيز على شئ معين: *Focus on an object* أن المرضى يتعلمون أن يركزوا على شئ معين، يصفونه لأنفسهم بالتفصيل بقدر الإمكان

الأسئلة الدالة تشمل: أين تقع بالظبط؟ ما حجمه ؟ ما لونه؟ مما صنع؟ الخ.

ب- **الوعى الحسى: Sensory awareness** تعليم المرضى التركيز على المحيط ككل باستخدام النظر، السمع، التذوق، اللمس، الشم.

جـ- **التدريبات الذهنية: Mental exercise** تشمل العد التنازلى من ١٠٠ بإنقاص٧ على التوالى، التفكير فى الحيوانات التى تبدأ بحروف أبجدية معينة أو أى شئ يمتص الطاقة الذهنية.

د- **الذكريات السعيدة والخيالات:: Pleasant Memories and Fantasies** إن الذكريات الحية للحظات السعيدة فى الماضى (يوم أجازة سعيدة) والخيالات أو أحلام اليقظة (ماذا سيكون المريض لو كسب جائزة) قد تكون مشتتات. أن عيوب هذه الطريقة هو أن الوصول للذكريات السعيدة قد يكون صعباً وأن المعارف الإيجابية تنزوى بسرعة أمام المعارف السلبية (مورس وآخرون ،.Morse et al، ١٩٩٢: ٢١٠- ٢٢٥).

٢- عد الأفكار: Counting Thoughts

أن عد الأفكار (بيرنز ,Burns ١٩٨٠) يساعد على خلق مسافة من التفكير السلبى. أنه يتعلق بتعليم ملاحظة حدوث الأفكار التلقائية السلبية (مثلاً بعمل علامة على كارت) ووضعهم جانباً دون جعلهم يؤثرون على الحالة المزاجية أن عيب هذه الطريقة أن تأثيرها المباشر قد يكون زيادة فى الأفكار التلقائية السلبية لذا فإنه فى حالات الاكتئاب فإن المريض يصبح أكثر واعياً بهذه الأفكار دون امتلاكه المهارات لتحويرها (فينيل ,Fennell، ١٩٨٩).

٣- صنع القرار: Descision Making

إنه من الشائع فى اغلب المرضى المصابين بالاكتئاب صعوبة اتخاذ القرار. أن المعالج يسأل المريض أن يقوم بعمل قائمة للمميزات والعيوب لكل

اختيار ثم يساعده أن يبتكر نظاماً لوزن كل عنصر ثم عمل استنتاج للعنصر الذى يبدو الأفضل (بيك Beck١٩٩٥: ١٥٥).

٤- المقارنات الوظيفية للذات، وسجلات الحالة الايجابية للذات:

: Functional Comparisons of the Self and Positive Self Statement Log

أن مرضى الاكتئاب لديهم أخطاء سلبية فى ترتيب المعلومات خاصة عند تقييم أنفسهم. أنهم يميلون لأن يلاحظوا المعلومات السلبية ويتجاهلون أو ينسون المعلومات الإيجابية أو يقومون بعمل مقارنات تخل بالوظيفة، أنهم يقارنون أنفسهم الآن بالحال الذى كانوا عليه قبل المرض أو يقارنوا أنفسهم بالآخرين الغير مصابين بالاكتئاب وهذا ما يساعد على تزايد الشعور بالاكتئاب لديهم (بيك Beck ١٩٩٥: ١٥٨).

٤- التعبير التمثيلى المعرفى Cognitive Rehearsal

عن طريق التمثيل أو التخيل بأنهم يمارسون أنشطة معينة يستطيع المرضى أن يسجلوا العقبات، والصراعات التى تواجههم والتى يمكن مناقشتها (حامد عبد العزيز الفقى ١٩٨٩: ١٤)

٥- ملء الفراغات: Filling in the Blank

قد لا يعى المريض المكتئب الأفكار التلقائية التى تسبق المشاعر المكدرة. لكنه من خلال التدريب على ملاحظة تتابع الأحداث الخارجية واستجاباته لها فإنه يزداد وعياً بهذه الأفكار وذلك بسبب وجود فجوة هناك بين الأحداث الخارجية والاستجابات الانفعالية لها (حامد عبد العزيز الفقى ١٩٨٩: ١٤).

٦- إعادة تقويم معرفية: Cognitive Reappraisal

يتناول العلاج المعرفى عدداً من الفنيات التى يكون أسلوبها الرئيسى فى الفعل هو تعديل النماذج الخاطئة من الاعتقاد، هذه الفنية تتألف بشكل أساسى من تحديد المعارف أو الاتجاهات غير تكيفية النموذجية.تنطوى إعادة التقويم المعرفى على التعرف على الاتجاهات والمعارف غير التكيفية. وهذا التفكير يتم تقييمه بعد ذلك من جانب المريض والمعالج لاختبار صدقه، وهناك على الأقل سبع خطوات لتحقيق ذلك:

١- تحديد التتابع بين المعارف الإكتئابية والحزن

٢- تحديد التتابع بين المعارف والدافعيات (رغبات التجنب ونزعات الانتحار).

٣- فحص أو استكشاف المعارف الإكتئابية

٤- فحص وتقييم، وتعديل هذه المعارف

٥- تحديد التعميم المفرط والاستدلال الاعتباطي والاعتقاد ذات التصنيف الثنائى أبيض- أسود

٦- تحديد الافتراضات المتضمنة

٧- فحص وتقييم وتحديد المقدمات والافتراضات القاعدية (حامد عبد العزيز الفقى ١٩٨٩: ١٤).

٧- لعلاج البديلى: Alternative Therapy

يوضح التوضيحات البديلة للخبرات السلبية موضع النظر والاعتبار يمكن مساعدة المرضى على ملاحظة تفسيراتهم المنحازة، وبأخذ الطرق [illegible] لولاً لشكلات اعتبروها من قبل مستعصية أو غير قابلة للحل (حامد عبد العزيز لفقى ١٩٨٩: ١٤).

الفنيات السلوكيةBehavioral Techniques:

١- جدولة النشاط Scheduled Activity:

مع جدولة النشاط يستطيع المرضى أن يخططوا أوقاتهم بفاعلية، ويلاحظوا إمكانات فعاليتهم الخاصة.

٢- العلاج بالإتقان والسرور: Mastery and pleasure therapy

يسجل المرضى كل ما يقومون به من نشاط، يستعينوا بكل خبرة تمكنهم أو تسيطرعليها بوضع حرف (ت) أمامها، وكل خبرة سارة ومفرحة بوضع حرف (س) أمامها كذلك، وبذلك يزيدون من وعيهم بالخبرات الإيجابية.

٣- واجبات أو مطالب متدرجة: Graded task assignment

الهدف هو أن نعطى المريض سلسلة من نجاحات،ففى بعض الأحيان يسمى " علاج بالنجاح Success Therapy " ويبدأ المعالج بواجب بسيط حيث يكون فيه قادراً على أن يحدد أنه يدخل فى نطاق مقدرة المريض · وبالعمل معاً يصمم المعالج والمريض أنشطة أكثر صعوبة فى التعقد أو الاستمرار (بيك ١٩٧٩Beck) النجاح فى أداء الواجبات المتدرجة يغير مفهوم الذات لدى المرضى.

٤- لعب الدور: Role Play

وعلى المعالج أن يؤدى الدور بطريقة تظهر للعيان تحريفات المريض والاستنتاجات الاعتباطية·وهذا يساعد المريض فى وقت واحد على إدراك مدى زيف مخرجه الاتهامات وملاحظة تطرف الأحكام السلبية وتغيير وضعه المعرفى من الانتقادى الى المشاركة الوجدانية وبعض الفنيات الأخرى مثل التعزيز الذاتى والتقييم الذاتى وإعادة التدريب·

٥- واجبات المنزلية: Homework

تحدد واجبات المنزلية عقب كل جلسة لمواجهة الأعراض الاكتئابية. ويسجل المرضى المعارف السلوكية السلبية فى عمود والاستجابات المعقولة فى عمود مقابل من الصفحة (حامد عبد العزيز الفقى ١٩٨٩: ١٦- ١٨).

وعلى وجه الجملة يمكن أن نقول أن العلاج المعرفى يستخدم الفنيات المعرفية والسلوكية:

١- يحدد ويضبط المعارف أو الأفكار الآلية٠

٢- يفحص ويختبر هذه المعارف ٠

٣ يستحث تنظيمات بديلة من أحداث يوم بيوم ٠

٤- يسجل الأفكار المختلة وظيفياً٠

٥- يستحث مخططات وتكون قابلة للتكيف أكثر (بيك Beck ١٩٧٩: ٢٣).

العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى)

Behavior Therapy Through Self Control

العلاج السلوكى Behavior Therapyأسلوب من أساليبه الحديثة يقوم على أساس استخدام نظريات وقواعد التعلم، ويشتمل على مجموعة كبيرة من الفنيات العلاجية التى تهدف إلى إحداث تغيير إيجابى بناء فى سلوك الإنسان وبصفة خاصة سلوك عدم التوافق.

ويقصد بالسلوك Behavior مجال العلاج السلوكى الاستجابات الظاهرة التى يمكن ملاحظتها (التصرفات) وكذلك الاستجابات غير الظاهرة مثل الأفكار والانفعالات.

مبادئ العلاج السلوكى:

١- يميل العلاج السلوكى إلى التركيز على الأعراض أكثر من التركيز على أسباب فرضية.

٢- يفترض العلاج السلوكى أن السلوكيات المضطربة تكون مكتسبة إلى حد بعيد عن طريق التعلم بنفس الطريقة التى يتعلم بها الفرد.

٣- أن العلاج السلوكى له الأسس النفسية وبصفة خاصة قواعد التعلم يمكن أن تغيير كثيراً فى تعديل السلوك غير المتوافق.

٤- يتضمن العلاج السلوكى إعداد أهداف علاجية محددة وواضحة لكل فرد على حدة.

[illegible]

٦- يقوم المعالج السلوكى بإعداد طريقة العلاج بما يناسب مشكلة العميل.

٧- يقوم العلاج السلوكى على مبدأ هنا والآن .

٨- يهتم العلاج السلوكى بالجانب التجريبى (محمد محروس الشناوى وآخرون ١٩٩٨: ١١- ٢٩).

أما أصحاب المدرسة السلوكية فهم يرون أن الاكتئاب (متعلم) شأنه ن أى سلوك آخر ويمكن تفسيره على أساس من نظريات الاشتراط كلاسيكى أو الاشتراط الاجرائى أو التعلم الاجتماعى وفى الاشتراط كلاسيكى فإنه لما كان من شأن المثيرات معينة (مشروطة) أن تولد تجابات انفعالية (مشروطة) فإن الأفراد يتجنبون مواجهة هذه المثيرات، ويرى ؛ Wolpe١٩٧١) أن المستويات الزائدة من القلق تتحول بشكل مباشر إلى تئاب وهو تفسير يقارب التحليل النفسى. أما فى الاشتراط الإجرائى فإن افعين عنه يرون أن نوع ومعدل الأحداث البيئية هى العوامل الأساسية رض ويرى (فيرستتيرFrestter ١٩٧٤) أن الاكتئاب قد ينتج عن أحد المواقف لاثة الآتية:

معدلات منخفضة من التدعيم (التعزيز).

معدلات عالية من العقاب.

استبعاد المثيرات المميزة لنتائج الاستجابة (التدعيم) أى الانطفاء .

اس النظرى للتحكم الذاتى فى السلوك:

أن كثير من السلوكيات لا يكون من السهل تعديلها من جانب أشخاص غير المسترشد بنفسه.مثلا الغضب والعدوان، وبعض السلوكيات تؤدى إلى شعور المريض بعدم الارتياح رغم أن بعضها لا يلاحظه بتغير السلوك إلى الإيداع الطويل المدى وهو أمر غير اقتصادى يحتاج إلى نفقات باهظة وبهذا فإن اشتراك العميل فى عملية التغيير أمر هام.

[illegible] الذاتية ومع بعض الأنشطة المعرفية مثل التفكير، أو التخيلات، أو التخطيط. وهذه السلوكيات لا تتاح أساساً للملاحظة المباشرة. فإذا كان لدى الفرد مخزونا سلوكياً للتصرف على أساس من أفكاره فإن تغيير الاستجابات المعرفية يصبح الواجب الأول فى عملية المساعدة

ولكى نراقب ونغير هذه السلوكيات فإن المعالج يجب أن ينقل المسئولية الأساسية للعميل.

٣- أن تغيير السلوك أمر صعب وغالباً ما يكون غير سار، وكثير من العملاء يبحثون عن المساعدة ولكنهم فى الغالب لا يملكون الدافعية لتغيير السلوك بقدر ما يكون دافعهم هو التخفف من التهديدات أو المضايقات الحالية دون تعديل نمط حياتهم ولهذا يكون الهدف الأول من العلاج هو تكوين دافعية للعلاج وتعديل السلوك.

٤- إن الفائدة من برامج تعديل السلوك لا تكمن فقط فى إزالة الأعراض المشكلة وإنما يجب أن يتعلم العميل فى العلاج مجموعة من المهارات يمكن تعميمها مثل استجابات المواجهة وتقدير المواقف ونتائج السلوك، وتنمية قواعد السلوك تناسب مواقف المشكلات والتى تساعد العميل التعامل مع المشكلات فى المستقبل بشكل أفضل مما اعتاد أن يتعامل به معها فى الماضى.

ولكى نفهم الإطار العام الذى اشتقت منه أساليب التحكم الذاتى من المفيد فى بعض العمليات النفسية التى تحدث فى تنظيم الذات. فنجد أن نظرية التعلم الاجتماعى تفترض أن كثيراً من سلوكيات الحياة اليومية تتكون من سلاسل من الاستجابات التى تم بناؤها بحيث يتم التلميح للاستجابة بمجرد حدوث الاستجابة السابقة عليها مباشرة (محمد محروس الشناوى وآخرون ١٩٩٨: ١٩٢- ١٩٥).

مراقبة الذات Self monitoring: -

توصف بأنها الحضور الواعى والدقيق للسلوك الذاتى للشخص.

٢- تقييم الذات Self evaluation: -

هى المقارنة بين المعلومات المتحصل عليها من المراقبة الذاتية ومعايير السلوك المحدد فهى استجابة تمييزية، ومضاهاة أو مقابلة ما يفعله الشخص وبين ما كان ينبغى عليه عمله وإذا كان هناك تقارب كبير بين معايير الأداء وبين المعلومات المتحصل عليه عمله من التغذية الرجعية فإنه ينتج عن ذلك لرضا عن السلوك الذاتى بينما إذا وجدت فروق كبيرة قد ينشأ عن ذلك عدم رضا عن الذات.

٣- تدعيم الذات Self Reinforcement

عملية تنظيم الذات فهى مرحلة دافعية فهى تتألف من إدارة رابطة تعزيز (تدعيم) ذاتى يرتبط بدرجة تباعد السلوك عن معايير الأداء. والتدعيم الموجب للذات ينتج عنه الاستمرار فى السلسلة المتقطعة للسلوك.

إجراءات التحكم الذاتى: Self control procedures:

١- مراقبة الذات self monitoring: -

هى مشاهدة وملاحظة الفرد نفسه وتسجيل أدائه لسلوكه الخاص وبشكل منهجى ومنظم systematically ويجب على الفرد أن يميز بين حدوث أو عدم حدوث السلوك الخاص، وعندئذ يسجل أو يقرر كيف أو إلى أى مدى حدث هذا السلوك، وعندما يرى الأشخاص ذواتهم وسلوكهم الخاص، فإن نموذجهم للسلوك فى الحقيقة قد يتغير. والشخص يصبح مدركاً للسلوك من اللحظة الأولى، وعندما يحدث التغير فى السلوك، فهو عادة يحدث فى الاتجاه المرغوب فيه، وبالتالى زيادة السلوك المطلوب وخفض السلوك غير المطلوب.

٢- تدعيم الذات Self reinforcement: -

إن التدعيم الذاتى يحدث فقط عندما يصبح شخصاً متحرراً من التحكم الخارجى ويمكن له أن يختار متى وكيف يكافئ Reward أدائه الخاص.

٣- تنظيم المؤشرات السابقة Antecedent Cue Regulation: -

أن تنظيم المؤشرات السابقة يمثل تخطيطاً حيث يغير ظروف المثيرات إنه يحدد مدى حدود المثير الذى يؤثر على حدوث أو عدم حدوث السلوك المرغوب فيه، إن السلوك قد يتأثر بواسطة إعادة ترتيب المؤشرات السابقة، إن المثير الخارجى مثل صورة الإشارات يمكن التحكم ذاتياً فيها للحصول على السلوك المرغوب فيه وتعميمه.

٤- تعليمات الذات Self instructions: -

وهى عبارة عن تعليمات لفظية والتى بواسطتها يتم الحفاظ على السلوك، وهذا السلوك اللفظى قد يكتسب خاصية التمييز بين مثيرات التحكم لزيادة درجة نجاح الاستجابات (أرجنAgran ،مارن Marin ١٩٨٤).

الأساليب المختلفة للعمليات المكونة للتحكم الذاتى فى السلوك

(١) الأساليب المختلفة لمراقبة الذات echniques of Self Monitoring:

يشير (إدوارد Edward, A.W ١٩٨٤) على أسلوبين لمراقبة الذات هى: -

أ- التواتر فى مراقبة الذات Frequency self monitoring: -

وخلال هذا الاسلوب يقوم أولا بحساب وتسجيل عدد مرات حدوث السلوك المرغوب فيه كلما ظهر، وهذا الأسلوب يعتمد على " تكرار عدد من الملاحظات " التى أشار إليها (كازدين Kazdin ١٩٨٠)، ثم يعمل الفرد بعد ذلك على زيادة تكرار هذا السلوك.

ب- مراقبة الذات على فترات متقطعة Interval self monitoring

يعتمد هذا الأسلوب على " الملاحظة المتقطعة " غير المستمرة التى أشار إليها ووهلر وآخرون Wohler et al ١٩٧٦ (حيث يقوم الفرد بملاحظة سلوكه خلال فترات زمنية محددة مثلاً كل ١٠ أو ١٥ دقيقة) ثم يقوم بكتابة تقرير عن ما حدث من سلوك خلال تلك الفترة السابقة، ويكون كتابة التقرير أثناء الفترات الفاصلة أى بين فترات الملاحظات (إدوارد Edward A.W ١٩٧٩).

(٢) الأساليب المختلفه لتقييم الذات chniques of Self Evaluation: -

ا- تقدير الذات قياساً إلى مستوى معين من السلوك: Self Ratings

يعتمد هذا الأسلوب على قيام الفرد بتقييم لسلوكه وذلك نسبة إلى - أو بالقياس إلى - معيار محدد يمد الفرد بمستوى أمثل ثابت لهذا السلوك المراد تقييمه.

ب- التدريب على التلقين اللفظى Verbal instruction training: -

فى هذا الأسلوب يتعلم الفرد كيف يذكر نفسه بطريقة مستمرة ما هو السلوك الصحيح والمرغوب فيه، وبهذا الأسلوب فالفرد يمد نفسه بتغذية رجعيه لفظية Verbal feedback عن هذا السلوك، وما الذى يترتب عليه من تدريب حتى يصل إلى المستوى الأمثل المرغوب فيه من السلوك المراد تقييمه (المرجع السابق ١٨- ٢٠).

(٣) الأساليب المختلفة لتدعيم الذات

Techniques of Self Reinforcement

أ- تدعيم الذات الصريح Over Self Reinforcement

فى هذا الأسلوب يقوم الفرد بتقديم مدعم مادى محسوس - يمكن رؤيته أو ملاحظته بصورة فعلية - لذاته كلما قام بسلوك معين بصورة محددة وعلى نحو ملائم، ويفيد هذا الأسلوب فى رفع معدل السلوك المرغوب فيه.

ب- تدعيم الذات الموجب الضمنى Covert Positive Self Reinforcement

هذا الأسلوب يتعلم الفرد أنه كلما زاد معدل أدائه لسلوك معين بصورة صحيحة فإنه سوف يصبح على مستوى أعلى من التقدير والاحترام من قبل الآخرين، أى من خلال تدريب الفرد على التحكم الذاتى فى السلوك إذ أن نمو مهارات التنظيم الذاتى للسلوك والتحكم على زيادة قيمه وتحديد السواء واللاسواء (المرجع السابق ٢٣- ٢٦).

نموذج التحكم فى الذات لدى المكتئبين

A self Control Model of Depression

وقد اقترح (ريم ١٩٧٧Rehm) نموذجاً للاكتئاب على أساس عيوب التحكم الذاتى وذلك على أساس من المفهوم الذى أعده (كانفر ١٩٧٠Kanfer) ويقترب هذا النموذج من النماذج التى وضعتها النظرية المعرفية.

ويحدد (ريم ١٩٧٠Rehm) فى نموذجه النواقص الخاصة بالتحكم فى الذات فى ثلاث جوانب: مراقبة الذاتSelf Monitoring، تقييم الذات Self Evaluation، وتدعيم الذات Self Reinforcement

١- مراقبة الذات كما يظهر لدى المكتئبين:

Self Monitoring in Depression

(أ) منتبهين بشكل انتقائى للأحداث السالبة (البيئية).

(ب) منتبهين بشكل انتقائى إلى النتائج المباشرة (الفورية) أكثر من النتائج المؤجلة.

٢- تقييم الذات كما يظهر لدى المكتئبين Self Evaluation in Depression

(أ) مخفقون فى استنتاج الأسباب من داخلهم.

(ب) يضعون معايير قاسية فى تقويم أنفسهم.

٢- تدعيم الذات كما يظهر لدى المكتئبين

Self Reinforcement in depression

(أ) معدلات منخفضة من سلوكيات تدعيم الذات.

(ب) معدلات عالية من سلوك عقاب الذات (محمد محروس الشناوى وآخرون، ١٩٩٨: ١٩٩).

وصف الاكتئاب (ريم Rehm ١٩٧٧) على أنه ست نقاط من العجز أو القصور فى عملية التحكم الذاتى فى السلوك لدى المكتئبين "كالآتى:

١- أن المكتئبين يميلون إلى الرؤية الانتقائية (الانتباه الانتقائي الموجه) للأحداث والمثيرات السلبية والمنفرة ·

٢- أن المكتئبين يميلون دائماً إلى أن يحملون أنفسهم مسئولية الفشل فى كثير من الأمور ·

٣- أن المكتئبين يختارون دائماً محكات صارمة لتقييم الذات·

٤- أن المكتئبين يميلون إلى تقديم معدلات منخفضة من مكافأة الذات لأنفسهم·

٥- أن المكتئبين يميلون إلى الإسراف فى عقاب الذات·

يشير (ريمRehm ١٩٧٧) إلى أن "نموذج التحكم فى الذات لدى المكتئبين" يمكن أن يقدم برنامجاً علاجياً يعمل على علاج وإزالة أعراض الاكتئاب وذلك من خلال تعديل الجوانب المختلفة من القصور فى عملية التحكم الذاتى فى السلوك، حيث يعتمد هذا البرنامج على عديد من الدراسات التى توضح: -

١- أن الانتباه الانتقائي للأحداث السلبية يمكن تعديله عن طريق زيادة معدل الرؤية الذاتية للأحداث الإيجابية ·

٢- كذلك يمكن تعديل مراقبة الذات للنتائج المباشرة للسلوك كما لو كانت نتائج مؤجله عن طريق إعادة تركيز المكتئب على رؤية النتائج المؤجلة للسلوك كما لو كانت قريبة المدى وممكنة التحقق·

١ ام عن الشعور الذاتى بالمسئولية تجاه الفشل فلم يكن هدف مباشر للأبحاث تعديل السلوك، إلا أنه ظهرت بعض الأبحاث الأساسية فى هذا المجال والتى توصلت إلى متغيرات لها علاقة بتعديل الخلل فى الشعور

الذاتى بالمسئولية يتغير تبعاً لتغير ملاحظة العلاقة المشتركة بين الرؤية الذاتية للسلوك وما ينتج عن هذا السلوك من نتائج إذ أن هذه العلاقة قد تقود المكتئب إلى تحديد أدق المسئولية تجاه بصورة أفضل ٠

٤- أما عن تقييم الذات فيتمثل تعديله فى محاولة جعل الأهداف التى يسعى المكتئب إليها فى صورة ممكنة الإحراز والتحقق، كذلك محاولة وضع محكات للسلوك أقل صرامة، وبالتالى سيساعد ذلك على زيادة معدل التدعيم الذاتى الموجب، كما يساعد على الاقتراب خطوات نحو الأهداف طويلة المدى٠

٥- أما عن التدعيم الذاتى فيمكن تعديله من خلال برنامج يقدم للمفحوص لزيادة معدل المكافأة الذاتية والإقلال من عقاب الذات (مرجع سابق ٧٩٧- ٧٩٨).

وقد توصل كل من (فش Fuch,c.z. وريم Rehm ١٩٧٧) إلى وضع برنامج لعلاج الاكتئاب يستند أساساً إلى نموذج التحكم الذاتى فى السلوك ونموذج التحكم فى الذات لدى المكتئبين حيث أن البرنامج يهدف إلى تعديل التشوهات الحادثة فى الجوانب المختلفة لعملية التحكم الذاتى فى السلوك، ويتمثل هذا البرنامج فى تقديم تعليمات عن مفاهيم التحكم الذاتى بالإضافة إلى واجبات أو مهام على المكتئب أن يقوم بها، حيث تقدم تلك المفاهيم والتعليمات خلال الجلسات ويتكون البرنامج بشكل عام من ثلاثة مراحل:

المرحلة الأولى: تشتمل على مناقشة جوانب الخلل فى رؤية الذات وإعطاء واجب منزلى يتمثل فى ملاحظة الأحداث والأنشطة الإيجابية والقيام بها٠ والتى ترتبط بقيم تدعيمية معينه مباشرة أو عاجله.

المرحلة الثانية: يتم مناقشة جوانب الخلل فى تقييم الذات حيث يستخدم المفحوص البيانات التى حصل عليها من خلال جداول مراقبة الذات فى تحديد أهداف معينه على فترات وإجراءات سلوكية محددة ممكنة

التحقيق والمكتئب فى هذه الحالة يمكنه التوصل إلى أهداف حقيقية وممكنة الحدوث ثم يقسمها بعد ذلك إلى أهداف فرعيه سهلة التحقيق فى مراحل متتاليه.

المرحلة الثالثة: يناقش جوانب الخلل فى "تدعيم الذات حيث يحاول المكتئب وضع برامج ذاتية منظمه للتدعيم،بحيث تشمل هذه البرامج التدعيمية الذاتية كل من التدعيم الذاتى الظاهر والضمنى الذى يقدمه المكتئب لنفسه عند إحراز وتحقيق الأهداف الفرعية.

و تنتهى الباحثة فى الدراسة الحالية من هذا العرض إلى أن نموذج التحكم فى الذات لدى المكتئبين إنما يمثل نظرية مكتملة فى الاكتئاب النفسى وذلك لأنه قد قدم تفسيراً واضحاً لنشأة وأسباب وأعراض وعلاج الاكتئاب خاصة وأن العلاج وفق هذا النموذج يشتمل على الجوانب العقلية المعرفية والتى تتضمن لدى المكتئبين ثم شرح طرق تعديل هذه النقاط من خلال المهام التى يمارسها المكتئب بين جلسات البرنامج.

الاكتئاب Depression

يمثل الاكتئاب حالة عصابية انفعالية تتسم بالحزن تنشأ لدى الفرد استجابة منه لمثيرات وأحداث بيئية صادمة وغير متوقعة أو غير مرغوب فيها، ويصاحب تلك الاستجابة بعض التغيرات الفسيولوجية.

يصف (بيك Beck ١٩٩٥) ثلاث نماذج معرفية رئيسية فى الإكتئاب: طريقة الفرد فى إدراكه لنفسه، ولعالمه وإدراكه لمستقبله ·طبقاً لبيك فإن **المكون الأول** من الثالوث الأولى - إدراكه لنفسه بطريقه سلبيه - يسبب للإكتئابى أن يدرك نفسه بوصفه غير ملائم وتافه وأن يعزو وجوده (حياته) التعيسة إلى علل جسمانية، نفسية، أو أخلاقية فى نفسه · **المكون الثانى** وهو تفسير الخبرة بطريقة سالبة- يجعل المكتئب يؤول تفاعلاته على أنها اخفاقات، كما تتمخض عن إحباط وانحطاط استخفاف Disperagement · فالحياة تكون مرئية كما لو كانت سلسلة من الأعباء والعقبات · والمكون الثالث وهو إدراكه للمستقبل بطريقة سلبية - يسبب للإكتئابى أن توقع أن المعاناة، والفشل، والحرمان وأن ذلك سيستمر بشكل غير محدد فى المستقبل·

الأعراض والمظاهر الإكتئابيه عند بيك Beck: -

اقترح بيك أن وصف الإكتئاب كاضطراب وجدانى فالمشاكل الوجدانية تشكل فقط واحدة من أربع مجموعات مميزة: - المشاكل الوجدانية- المعرفية - الدافعية - الجسمانية وقام بيك بإعداد قائمة للإكتئاب تتضمن (٢١) فئة من الأعراض والاتجاهات: -

١- المزاج الحزين
٢- التشاؤم
٣- الإحساس بالفشل
٤- عدم الرضا
٥- مشاعر الذنب
٦- الإحساس بالعقاب
٧- الكره الذاتى
٨- الاتهامات الذاتية
٩- الرغبات الانتحارية

١٠- نوبات البكاء　　١١- الهيجان　　١٢- الانسحاب الإجتماعى
١٣- الترددية　　١٤- تشويه صورة الجسم　　١٥- الكف عن العمل
١٦- اضطراب النوم　　١٧- سرعة التعب　　١٨- فقد الشهية
١٩- نقص الوزن　　٢٠- الاستغراق الجسدى　　٢١- نقص فى الطاقة الجنسية

١- المظاهر الانفعالية: Emotional Symptoms

المجموعة الرئيسية الأولى للأعراض الإكتئابية هى المظاهر الإنفعالية. أكثرها يدور حول المزاج المعتم، تم وصفه من جانب بعض المرضى مع مصطلحات جسدية مثل ورم فى الحنجرة، شعوره بالجوع فى المعدة أو شعور بثقل فى الصدر. ومرضى آخرون يستخدمون صفات وجدانية تقليدية (مألوفة) حزين، غير سعيد، خجلان، مهموم، مشاعر بالذنب، الوحدة، بائس، وتعيس، كئيب. lue مكتئب down hearted و يشعر بالذل (الخزى) humiliated. والطراز الثانى من المظهر الإنفعالى يتكون من مشاعر سالبة نحو الذات. تلك المشاعر تكون مائلة فى الطابع بتلك المذكورة سابقاً، لكن فى هذه الحالة فإنها تكون موجهة داخلياً- أما الطراز الثالث فهو الانخفاض فى الرضا أو فقدان الرضا. ويكون هذا معظمه عرض ضائع. فخبرات الفرد الاجتماعية تفقد قدرتها فى أن تصبح مبهجة.

والطراز الرابع المظاهر الانفعالية هو فقدان الروابط أو الارتباطات الانفعالية Attachments emotional وهذه تظهر بذاتها كفقدان الاهتمام أو التأثير فى الإفراد الآخرين وأنشطتهم وفقدان الوجدان أو الشأن concerns. و الطراز الخامس من المظاهر الانفعالية يتكون من نوبات الانتحاب أو النزعة الزائدة للانتحاب .•والطراز الأخير المظاهر الانفعالى هو عجز المريض على أن يستمتع بالمواقف الظريفة.

ب- المظاهر المعرفية: Cognitive Symptoms

أول هذه الأعراض هو التقييم الذاتى المنخفض، نزعة الشخص أن يرى نفسه على أنه ضعيف عاجزعن تعليل ما يحدث له وعاجز عن التأويل. فيميل المريض إلى وصف نفسه بأنه وضيع أو غير ملائم. ولكن بيك لم يميز بين التقييم الذاتى المنخفض كمظهر معرفى والمشاعر السالبة تجاه الذات كمظهر انفعالى . ويسمى بيك العرض المعرفى الثانى التوقعات السلبية، ويرى أنها تتصل بالمظهر الوجدانى وبمشاعر اليأس. والطراز الرابع من الأعراض المعرفية هو الترددية Indecisiveness توقع اتخاذ قرارات خاطئة ومن ناحية أخرى تعنى "شلل فى الإرادة "، وتجنب النزعات، أو الاعتماد الزائد. والترددية تعتبر نتيجة للصراعات ما بين النزعات الانفعالية، مثلاً الغضب تجاه الذات يعكس الغضب تجاه الآخرين، أو الغضب الموجه - خارجياً يعكس الشعور بالذنب أو الخوف والطراز الأخير من الأعراض المعرفية فى نسق "بيك" هو تحريف صورة الجسم فالمريض غالباً ما يرى نفسه وكأنه غير جذاب جسمانياً.

ج- المظاهر الدافعية: Motivational Symptoms

أشار (بيكBeck ١٩٩٥) إلى أن المظاهر الدافعية المميزة للمكتئب تكون نكوصية فى طبيعتها، فالإكتئابى يميل إلى الأدوار الطفولية أكثر، وإلى تفصيل السلبية فى النشاط والاعتماد على الأستقلال، ويميل إلى الرضا المتأخر الصعب، ويبحث عن الأهداف طويلة المدى، وإلى تفضيل الرضا المباشر أو الفورى برغم أنه رضا زائل . والطراز الثانى للمظهر الدافعى، والذى يكون مشابهاً لمفهوم التحليل النفسى عن شلل الإرادة، يكون متميزاً أيضاً [illegible] الأعراض المعرفية فالمريض المكتئب مفتقراً للدافعية مثال ذلك التجنب، والفرار، رغبات الانسحاب أو الإنعزال. والمظهر الثالث هو الرغبة الإنتحارية. وأما المظهر الرابع هو ما أسماه "بيك " الاعتماد الزائد، وقد وصفه بالرغبة فى تلقى المساعدة، والتوجيه، أو التوجه وميزه عن العملية

الفعلية فى الاعتماد أو التعويل على شخص شأنه فى ذلك شأن المظاهر المعرفية للترددية ·

د- المظاهر الجسمانية: Physiological Symptoms

المظاهر الجسمية الخاملة Vegetative وبلغة نظرية الانفعال الفارقة، هى المظاهر تنتج من تفاعلات المشاعر الجسدية bodily، والمعرفة، والانفعال · وأول هذه المظاهر هو فقدان الشهية · والمظهر الجسمى الثانى فى مخطط "بيك" هو الانزعاج أثناء النوم، وفقدان الليبدو، أو فقدان الاهتمام بالجنس وآخر مظهر هو سرعة التعب Fatigability هذا العرض غالباً ما يتم وصفه كشعور بثقل فى الأطراف والجسم، وكفقدان الحيوية أو الطاقة، أو كالفتور والضعف ولاحظ بيك أن سرعة التعب تكون غالباً من الصعب أن تمييزها عن فقدان الدافعية ورغبات التجنب (٩٠- ٧٨٦)·

تفسير الاكتئاب فى ضوء النظريات المعاصرة: Theories of Depression

يفسر (هولون وبيك Hollon &Beck ١٩٧٩) أنه يمكن فهم الاكتئاب فى ضوء أربع نظريات هى النظرية المعرفية، والنظرية السيكودينامية، والنظرية السلوكية، والنظرية البيولوجية.

١- النظرية المعرفية: Cognitive Theory

تنظر النظرية المعرفيةCognitive إلى الاكتئاب على أنه نتيجة لوجود مجموعة معرفية سالبة Negative cognitive يقترح بيك Beckأحد رواد هذه ال[illegible] فكرة [illegible] من الأفكار الخاطئة والنظرة السالبة الذاتية، وللعالم والخبرة وللمستقبل. وانه يحدث نوع من الأفكار الخاطئة رغم أن الشواهد المستقاة من البيئة تعارضها.

ترى النظرية المعرفية أن هذه الاعتقادات المعطلة وعملية معالجة المعلومات المشوهة (الأفكار التلقائية السلبية) تعمل على اكتئاب المزاج وتؤدى إلى السلبية السلوكية. فإذا كان المريض خاوياً وكان المستقبل حزيناً كما يعتقد المرضى المكتئبون فغن حزنهم وعدم المبالاة ستبدو منطقية ومنسجمة مع الواقع. وتجادل النظرية المعرية فى أن هذا التفكير الخاطئ هو الذى يقود بتوقع وعناد ما قد يبدو للمراقب الخارجى حزناً غير مفسر وسلبية هازمة للذات (بيك Beck ١٩٧٠).

وفضلاً عنه ذلك فإنه يبدو أن التنظيم المعرفى للمريض المكتئب يعانى من تغيير كبير يتسم بمحدودية فى العدد والمحتوى والخصائص الرسمية لمجموعة الاستجابة المعرفية وبصفة خاصة فيما يتعلق بمفهوم الذات لدى المرضى وتوقعاتهم الشخصية وميل مجموعات الاستجابة إلى أن تكون عامة وجامدة وذات إيقاع سلبى (بيك Beck ١٩٩٥: ١٠٢).

٢- النظرية السيكودينامية: Psychodynamic Theory

فقد ركزت على النظر إلى الاكتئاب على انه غضب موجه داخلياً نحو لذات فى أعقاب فقدان حقيقى أو رمزى (غضب لا شعورى) غير أن مجموعة كبيرة من الدراسات أثبتت أن كمية العدوانية لدى حالات الاكتئاب ليست عالية فى حين أن الاكتئاب يرتبط بالفشل بصورة أكبر من ارتباطه بالعدوان (محمد محروس الشناوى وآخرون ١٩٩٨ : ٣١٤).

٣- النظرية البيولوجية: Biological Theory

فإنها تعزو الاكتئاب إلى خلل فى كيمياء الخ وبصفة خاصة المواد الخاصة بالتوصيل العصبى Neurotransmitters مثل النوربنفرين Norepinefrin

والسروتينين Serotinin حيث يعملان على نقل السيال العصبى بين الأعصاب عبر الوصلات العصبية ويبدو أن هاتين المادتين تتركز فى الجهاز العصبى الطرفى ويقترح سيكلدكروت Schildkrut (١٩٦٥) فى نظريته الأولية أن النقص فى النوربنفرين يقترن بالاكتئاب على حين أن زيادة هذه المادة يرتبط بالهوس (أحمد عكاشة، ١٩٨٠)وفى رأى (هولون وبيك Hollon &Beck ١٩٧٩)أن النظريات البيولوجية لا زالت تعتمد فى جانب كبير منها على الدراسات الارتباطية وبذلك ليس من الواضح ما إذا كانت التغيرات فى فسيولوجية المخ هى التى ينتج عنها اكتئاب أو أن الاكتئاب هو الذى ينتج عنه تغيرات فى فسيولوجية المخ (محمد محروس الشناوى وآخرون ١٩٩٨: ٥٠٩-٥٢٢).

٤- النظرية السلوكية: Behavrisem Theory

يرون ان الاكتئاب مكتسب (متعلم) شأنه شأن أى سلوك آخر ويمكن تفسيره على أساس من نظريات الاشراط الكلاسيكى أو الاشراط الاجرائى أو التعلم الاجتماعى وفى الاشراط الكلاسيكى فإنه لما كان من شان مثيرات معينة (مشروطة) أن تولد استجابات انفعالية (مشروطة) فإن الأفراد يتجنبون مواجهة هذه المثيرات، ويرى (ولبه Wlope١٩٧١) أن المستويات الزائدة من القلق تتحول بشكل مباشر إلى اكتئاب وهو تفسير يقارب مدرسة التحليل النفسى. أما فى الاشراط الاجرائى فإن المدافعين عنه يرون أن نوع ومعدل الأحداث البيئية هى العوامل الأساسية للمرض ويرى فيرستيرFresster

١- معدلات منخفضة من التدعيم (التعزيز).

٢- معدلات عالية من العقاب.

٣- استبعاد المثيرات لنتائج الاستجابة (التدعيم) أى الإطفاء.

مما تقدم يمكن أن تستخلص الباحثة أن هذه النظريات جميعاً قد أجمعت فيما بينهما على أن الاكتئاب يحدث كرد فعل لتفاعل الفرد مع الأحداث البيئة ينتج عنه تلك الحالة الانفعالية السوداوية وما يصاحبها من تشوهات معرفية وتغيرات سلوكية وتغيرات فسيولوجية مصاحبة لتلك الحالة الانفعالية.

وقد أجمعت كل من النظريات "المعرفية"،" السيكودينامية"، "البيولوجية"، "السلوكية" على أن الجمع بين العلاج البيولوجى والعلاج النفسى معاً يعد فعالاً فى تغلب الفرد على الاكتئاب وذلك فى ضوء مجموعة الدراسات التى أجريت على تلك النظريات فى هذا المجال.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

مقـــدمة

يمثل العلاج المعرفى السلوكى والعلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى لعلاج مرض الاكتئاب موضوعاً من الموضوعات الخصبة والمهمة لعلم النفس الاكلينيكى الحديث والمعاصر.

وقد اهتمت العديد من الدراسات بتفسير الاكتئاب ومعرفة أسبابه ودوافعه ومتغيراته.إلا أنه فى السنوات الأخيرة حظيت دراسات الاكتئاب باهتمام كبير من قبل رواد التوجه المعرفى والسلوكى وبصفة خاصة نظرية "آرون بيك" وخفض درجة الاكتئاب وضبطه. ويبدو أن هناك علاقة ارتباطية وثيقة بين الأفكار السلبية والغير منطقية والاكتئاب حيث أثبتت الدراسات التى تضمنت الأسلوب المعرفى أن هناك أدلة قوية تؤكد أن وراء كل تصرف انفعالى بالاكتئاب بناء ونمط من التصورات والمعتقدات الفكرية الخاطئة التى يتبناها الفرد عن الحياة ومشكلاتها وأن التصرفات الانفعالية تتغير بتغيرها وأكدت أيضاً هذه النظرية الإكلينيكية للعلاج المعرفى السلوكى والعلاجات السلوكية عن طريق التحكم الذاتى القائمة على النواحى السلوكية والمعرفية " أن معظم الاضطرابات النفسية والاستجابات العاطفية غير المنطقية تقوم على تمسك الشخص بأحد المعتقدات غير المنطقية الأساسية أو أكثر (ثيلر وآخرون Thyler et al., ١٩٨٣: ١٤٥ - ١٤٩)

وبما أن الدراسات السابقة تمثل سجلاً حافلاً بالمعلومات ذات الاهتمام لذا كان اهتمام الباحثة فى عرض الدراسات السابقة لاستنباط الفروض وموقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة وتحديد بيان الاتفاق والاختلاف بينهما فى تحديد العينات والأدوات المستخدمة وعرض النتائج المستخلصة.

وتعد الدراسة الحالية من الدراسات ذات التوجه المعرفى والسلوكى فى تفسير الاكتئاب كأسلوب ارتباطى جديد، هذا وقد راعت الباحثة أن يتم

عرض هذه الدراسات حسب تسلسلها الزمنى.كما تم تصنيف هذه الدراسات إلى فئتان كالتالى:

الفئة الأولى: تمثل الدراسات التى تناولت مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى والعلاجات الأخرى فى علاج الاكتئاب.

الفئة الثانية: تمثل الدراسات التى تناولت مدى فاعلية العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعلاجات الأخرى فى علاج الاكتئاب.

ورأت الباحثة أن تكتفى بالإشارة إلى الدراسات فى فترة السبعينات والثمانينيات وسوف يكون سرد بمبسط أما الدراسات فى التسعينات سوف تقوم الباحثة بسردها تفصيلياً بالنسبة لدراسات السبعينات.

كانت دراسة: بيك، رش (١٩٧٧) Beck, Rush. J بعنوان: مقارنة فاعلية العلاج المعرفى والعقاقير، دراسة: شاو (١٩٧٧) Show. B. F. بعنوان: مقارنة العلاج المعرفى والعلاج السلوكى فى علاج الاكتئاب، فى كلتا الدراسات أوضحت مدى فاعلية العلاج المعرفى عن العلاجات السابق ذكرها فى عناوين الدراسة لمرضى الاكتئاب.

وأما فى دراسات الثمانينات فكانت،دراسة: جيمس، هودجون James, Hodgon(١٩٨١) بعنوان: الطريقتان المعرفية مقابل البينشخصية-السلوكية فى العلاج الجماعى لطلبة الكلية المكتئبين، دراسة: بيلاك وآخرون (١٩٨١) et al., Belack, Bبعنوان: فاعلية العلاج المعرفى فى الاكتئاب: محاولة علاج باستخدام العلاج المعرفى والعقاقير كل بمفرده وفى اندماج، دراسة: ميرفى، سيمانس (١٩٨٤) Simans Murphy, G. بعنوان: دراسة تجريبية عن: العلاج المعرفى، والعلاج العقاقير على نحو فردى ومتحدين علاج الاكتئاب، دراسة: دريبث هولون، وآخرون (١٩٨٦).,Derubeis ، Holon. S et al بعنوان: العلاج المعرفى والعلاج الدوائى، والعلاج المعرفى والعقاقير متحدان فى

علاج الاكتئاب، ودراسة: ويرزبيكى ميشيل (١٩٨٧) Wierzbicki, M. بعنوان: تبين فاعلية العلاج المعرفى السلوكى المباشر مقابل المرجأ من الاكتئاب، ودراسة: روبين جاريت (١٩٨٧) Robbin, B, Jarrett بعنوان: ميكانيزمات التغير فى العلاج المعرفى للاكتئاب، دراسة: بارى أ بتلر، وآخرون (١٩٨٧) Parry E. Beutler, et al., بعنوان: العلاج المعرفى الجماعى واستخدام ألبرازولام فى علاج المرضى المسنين المصابين بالاكتئاب، دراسة: وليامم رنولدس، وكيفين وكوتس وآخرون (١٩٨٧).,William M. Reynolds et al بعنوان: مقارنة بين العلاج المعرفى السلوكى والتدريبات على الاسترخاء لعلاج الاكتئاب عند المراهقين، دراسة: ديفيد، كفنجو، وآخرون (١٩٨٩).,David J. Kavanagh, et al بعنوان: التنبؤ بنتيجة العلاج المعرفى الجماعى لمعالجة الاكتئاب، دراسة: كيث، س، دوبسن (١٩٨٩).Keith S. Dobson بعنوان: التحليل المقارن لفاعلية علاج الاكتئاب بالأسلوب المعرفى، دراسة: ايفون، ملير وآخرون (١٩٨٩) ,Ivan W Miller, et al..بعنوان: العلاج بالأسلوب المعرفى السلوكى لمرضى الاكتئاب داخل المستشفى. متابعة لفترة ٦، ١٢ شهراً، دراسة: فورست سكجان، تشقسفون وآخرون (١٩٨٩) ,.Forrest Scogini, et al بعنوان: مدى فاعلية مقارنة لكل من العلاج المعرفى والعلاج السلوكى بالقراءة للمرضى من كبار السن المصابين بالاكتئاب البسيط أو المتوسط الشدة، دراسة: ديفيد ج.كافوناكافنش، بيتر Daivd J. Kakavanagh, Peter.H. and Wilson(١٩٨٩) بعنوان: التنبؤ نتيجة العلاج المعرفى، ولقد أكدت هذه الدراسات على تسجيل نتائج درجة أعلى من التغير باستخدام العلاج المعرفى والذى أكد على دور كل من الكفاءة الذاتية ومهارات السيطرة على المزاج السلبى. وكذلك أكدت استمرارية هذه الفاعلية خلال فترة المتابعة (بعد العلاج وأن العلاج المعرفى لم يخفى فقط الأعراض

لاكتئابية أو الاعتقاد بالأفكار المختلة وظيفياً لكنه أيضاً زاد توالى الأحداث سارة وأدى إلى تحسن فى العلاقات البينشخصية.

دراسة: دريبيث ر. ج.إيفانز م. وآخرون (١٩٩٠)

Deruibies R.J; Evans M. et al.

عنوان: كيف يؤدى العلاج المعرفى مهمته فى التغير للأعراض المعرفية فى العلاج المعرفى والعلاج بالعقاقير لمرضى الاكتئاب .

هدف: دراسة التغيرات التى تطرأ على العلاج المعرفى المتعلقة بالاكتئاب وعلاقته بالتغير الذى يستنتج ذلك فى الأعراض الإكتئابية بالنسبة للمرضى الخارجين الذين يعانون من اضطراب اكتئابى عام والذين خضعوا عشوائياً للعلاج المعرفى (مقارنة بأولئك الذين خضعوا للعلاج بالأدوية فقط) .

عينة: عينة البحث ١١٢ من المرضى البالغين الذهانيين المترددين على العيادة الخارجية تم فحصهم وتم استخدام نوعين من العلاج بالعقاقير والعلاج المعرفى .

أدوات:

- إستبيان الأفكار التلقائية هولون (١٩٨٠) .
- مقياس اليأس بيك (١٩٧٤) .
- مقياس القصور الوظيفي للاتجاهات ويزمان (١٩٧٨) .
- إستبيان الأساليب التبريرية سيلجمان (١٩٧٩) .
- مقياس بيك للاكتئاب (١٩٦١) .

نتائج: تم قياس درجات حدة الاكتئاب فى بداية وفى منتصف وفى نهاية فترة علاج امتدت ١٢ أسبوعاً وكذلك قيست درجات أربعة مقاييس

معرفية.إستبيان الأسلوب التبريرى ((ASQ، استبيان الأفكار التلقائية ((ATQ ومقياس قصور الاتجاهات ((DAS، مقياس اليأس ((HS.

وكان التغير من فترة ما قبل العلاج إلى مرحلة منتصف العلاج الذى سجل على مقاييس ((HS), (DAS), (ASQ يتنبئ بحدوث تغير فى حالة الاكتئاب بين فترة منتصف العلاج وفترة ما بعد انتهاء العلاج فى المجموعة التى عولجت علاجاً معرفياً وليس فى المجموعة التى لم تعالج علاجاً سلوكياً.

والاستنتاج النهائى أن الظواهر المعرفية تلعب دوراً علاجياً فى حالة العلاج المعرفى السلوكى.

دراسة: سلمى ب٠م٠، كلين م٠هـ٠، وآخرون (١٩٩٠).

Selmi P.M.; Klein M. H.and et al.,

العنوان: العلاج المعرفى السلوكى للاكتئاب باستخدام كمبيوتر .

الهدف: تقييم علاج معرفى سلوكى "تفاعل مع الكمبيوتر" لمدة ست جلسات اشترك فيها مرضى متطوعون استوفوا مواصفات التشخيص الإحصائي الثالث الإصابة بالاكتئاب العام أو البسيط .

العينة: تم اختبار ٣٦ مريضاً عن طريق إعلانات الجرائد

الأدوات:

١- مقياس بيك للاكتئاب (١٩٦١)

٢- مقياس هاملتون للاكتئاب (١٩٦٠).

٣- مقياس الأفكار التلقائية لهولون (١٩٨٠).

ت م . تيار مرضى سلوكياً علاج معرفى سلوكى باستخدام الكمبيوتر، والعلاج المعرفى السلوكى بواسطة طبيب معالج .

دراسة: بويرز وآخ (١٩٩٠).Bowers A.W.

العنوان: علاج مرضى الاكتئاب بالقسم الداخلى بالأسلوب المعرفى مع استخدام العقاقير وبالاسترخاء مع العقاقير معاً وبالعقاقير فقط .

الهدف: دراسة مقارنة بين ثلاثة أنواع من العلاج، العلاج بالعقاقير وحدها (باستخدام التورترينيلن)، العلاج بالاسترخاء والعقاقير معاً، علاج معرفى مع العلاج بالعقاقير.

العينة: تم اختيار مرضى بالقسم الداخلى بالمستشفى تتراوح أعمارهم بين ١٨ - ٦٠ عاماً.

الأدوات:

- مقياس بيك للاكتئاب (١٩٦١).
- مقياس هاملتون للاكتئاب (١٩٦٠).
- استبيان الأفكار التلقائية هولون (١٩٨٠) .
- مقياس قصور الاتجاهات ويزمان (١٩٧٨) .
- مقياس اليأس بيك (١٩٧٤) .

النتائج: تحسنت جميع المجموعات على مدى فترة الدراسةوقد ظهر أن العلاج المعرفى السلوكى المصحوب بالعلاج بالعقاقير وكذلك العلاج بالاسترخاء المصحوب باستخدام بالعقاقير أظهر خفض أعراض إكتئابية وكذلك خفضاً من المعرفية السلبية (الأفكار السلبية) عند خروج المرضى من المستشفى. وكان عدد الأفراد الذين اعتبروا فى عداد المكتئبين عند موعد خروجهم من المستشفى أقل عند إتباع الأسلوب العلاجى المعرفى المصحوب باستخدام الدواء مما كان فى مجموعة استخدام العقاقير وحدها أو فى حالة العلاج بالاسترخاء المصاحب للعقاقير.

دراسة: ثيث م. أ. سيمونس أ.د . وآخرون (١٩٩١).

Thase M.E.; Simons A.D.; et al.,

العنوان: الانتكاسة فى أعقاب علاج الاكتئاب النفسى بالعلاج المعرفى السلوكى: اعتبارات مستقبلية المناهج لعلاج طويل المدى .

الهدف: دراسة مخاطر الانتكاسة المرضى الاكتئاب النفسى فى أعقاب استخدام العلاج بالأسلوب المعرفى السلوكى.

العينة: ٤٨ مريضا باكتئاب نفسى عام، استجابوا للعلاج خلال ستة عشر أسبوعاً من العلاج المعرفى السلوكى، تم إخضاعهم لفترة متابعة ودراسة امتدت عاما كاملا.

النتائج: انتكس ١٦ مريضاً (٣٢٪) من عينة الدراسة خلال فترة المتابعة التى امتدت لعام كامل. وقد تضمنت علاقة الارتباط الخاص بالانتكاسة تاريخاً من نوبات الاكتئاب ومستويات عليا من السلوكيات المرضية وغير السوية واستجابة أقل للعلاج والبقاء دون زواج والمرضى الذين شفوا تماماً خلال العلاج، وحققوا ٦ درجات أو أقل على مقياس هاملتون للاكتئاب لفترة ٨ أسابيع أو يزيد فكان خطر حدوث انتكاس لديهم أقل بشكل واضح من أولئك الذين شفوا جزئياً (٩٪، ٥٢٪ على الترتيب).

أما الاستجابة الأبطأ للعلاج، والبقاء دون زواج ومواصلة تحقيق درجات عالية على مقياس القصور الوظيفي للاتجاهات فكانت أموراً غير مترابطة معاً كما أنها ارتبطت كذلك بزيادة مخاطر الانتكاسة .

دراسة: هولون س.د.، دريبث ر.س.و آخرون (١٩٩١).

Hollon S.D; DeRubeis R.S.; andet al.

العنوان: العلاج المعرفى السلوكى والعلاج بالعقاقير للاكتئاب النفسى .

الهدف: تمت المقارنة بين العلاج المعرفى السلوكي وبين العلاج بلعقاقير باستخدام هيدروكلوريد الإمبرامين ثلاثى الحلقى، كلاً على حدة أو بالعلاجين معاً لعلاج مرضى الاكتئاب المترددين على العيادة الخارجية سواء مرضى الاكتئاب اللاذهانى أو الاكتئاب أحادى القطب .

العينة: شملت عينة البحث ١٠٧ مريضاً خارجياً مصاباً بالاكتئاب الذهانى وأحادى القطب .

الأدوات:

١- التشخيص للتصنيف الدولى للأمراض العصبية (١٩٨٧).

٢- مقياس بيك للاكتئاب (١٩٦١)..

٣- مقياس هامليتون للاكتئاب (١٩٦٠) .

النتائج: لم يختلف العلاج المعرفى عن العلاج بالعقاقير من حيث الاستجابة باختفاء أعراض المرض، سواء فى التحليلات المبدئية أو فى التحليلات الثانوية التى انتصرت على أكثر المصابين بالاكتئاب حدة.وقد ظهرت مؤشرات تنبئ بإمكان علاج الحالات التى تميزت بالحدة فى بدايتها بالعلاج العقاقير وحده أما العلاج المعرفى فلم ينجح فى تلك الحالات وحده .

أما الجمع بين نوعى العلاج فلم يحسن الاستجابة بشكل ملحوظ عما حظ بعد استعمال أيهما وحده. برغم أن مثل هذه الاختلافات غير الملحوظة كما ثبت من البحث أنه قد رجحت كفة الجمع بين أسلوبى العلاج .

دراسة: ثيث أ•م•، سيمون أ•د، وآخرون (١٩٩١).
Thase E.M; Simons A.D.; and et al.,

العنوان: حدة الاكتئاب والاستجابة للعلاج المعرفى السلوكى .

الهدف: دراسة العلاقة بين الحدة الإكلينيكية للاكتئاب والعلاج المعرفى السلوكى

العينة: تم تقسيم ٥٩ مريضاً يترددون على العيادة الخارجية ويعانون من اكتئاب عام ذى سمات داخلية، حسب المعايير التشخيصية للبحث، إلى فئة الأكثر حدة: سجلوا ٢٠ أو أكثر على مقياس هاملتون وعددهم ٢٨ فرداً وفئة الأقل حدة (١٩ أو أقل وعددهم ٢١)وعولج المرضى من خلال برنامج علاجى سلوكى استغرق ١٦ أسبوعاً وبلغ عدد الجلسات ٢٠ جلسة .

الأدوات:

١- مقياس هاملتون للاكتئاب (١٩٦٠) .

٢- مقياس التوافق النفسى العام (١٩٨٢) .

٣- مقياس بيك للاكتئاب (١٩٦١).

النتائج:

١- كانت المجموعة الأكثر حدة ظاهرة الأعراض بصورة واضحة على مدى فترة الستة عشر أسبوعاً وكان معدل استجابتها أقل بدرجة ملحوظة حسب مقياس بيك (٥٠٪ مقابل ٨١٪)

٢- إلا أن المجموعتين لم تختلفا بصورة واضحة فى نهاية البرنامج حسب أى من المقاييس الثلاثه، ويعين وجود معدلات متماربه من التحسن واختفاء أعراض المرض (التغير الحالى فى الدرجات والتفاعل المتبادل بين تصنيف حدة المرض وعنصر الزمن).

دراسة: ماكسنرار ك.، وآخرون (١٩٩١)، Makseneris K.; and et al.,

العنوان: صدق البناء التجريبى عند تقييم العلاج المعرفى والسلوكى للاكتئاب

الهدف:

١- استكشاف أقصى صدق بنائى عند علاج الاكتئاب.

٢- هل يؤثر بالفعل كل من العلاج المعرفى، والعلاج السلوكى فى الاستجابة للأعراض الإكتئابية على المقاييس المستخدمة حتى فى حالة عدم وجود فروق فى صفة ودرجة الأداء؟

٣- محاولة التحقق بالتجربة من الفاعلية النسبية لكل علاج.

٤- ومعرفة الفائدة من المقدرة من برامجها وملاحظة أى علاج بعينه قد أحدث تغيرات موجبة على مقاييس الاكتئاب.

العينة: عينة للدراسة من (٤٠) مريضاً من طلبة السنة النهائية بالجامعة تتراوح أعمارهم من ٢٠ - ٢٢ عاماً (عدد الذكور ٢٣ والإناث ١٧). وكانت نسبة غير المتزوجين ٨٥٪ من إجمالى العينة .

تم تصنيف العينة عشوائياً إلى اربع مجموعات.

- **المجموعة الأولى** (ن = ١٠) تناولت العلاج المعرفى .
- **المجموعة الثانية** (ن = ١٠) تناولت علاج سلوكى (مهارات اجتماعية أولية) محادثة توكيدية تم تعزيزها بالنمذجة (لعب الدور) بالإضافة إلى تعزيز الزيارة المتواترة من الأنشطة السارة تعزيزاً اجتماعيا.
- المجموعه الثالثه (ن=١٠) العلاج المعرفى والعلاج السلوكى متحدان .

- المجموعة الرابعة (ن = ١٠) مجموعة ضابطة لم تتناول علاجاً وكان العلا فردياً، واستغرقت الجلسة ٥٠ دقيقة/أسبوع وتناولت المجموعتان الأو والثانية ثمانى جلسات وتناولت المجموعة الثالثة عشر جلسات.

الأدوات:

١- استبيان الأفكار التلقائية هولون (١٩٨٠).

٢- المقياس المعرفى لوبنسون (١٩٧٣).

٣- المقياس السلوكى (١٩٨٠).

٤- مقياس بيك للاكتئاب (١٩٦١).

٥- مقياس هاملتون الاكتئاب (١٩٦٠).

النتائج: أن العلاج المعرفى أحدث تأثيراً منسقاً نظرياً مع مجموع ما كتب ع المظاهر المعرفية للاكتئاب وعند تقييم المتابعة لمدة شهرين بدا للعيان أ تأثيرات العلاج المعرفى كانت مستمرة وقائمة أيضاً، وأوضحت أ البرنامج العلاجى المعرفى بمفرده لا يظهر تحسن للأعراض الإكتئابية ومن ناحية أخرى ظهر العلاج السلوكى بشكل مقار ضعيفاً: فقد فشل فى إنتاج أى إشارة على التحسن أو اتساقا مع مجمو ما كتب من المظاهر السلوكية للاكتئاب، من حيث قلة التعزي الاجتماعى على الأنشطة للمريض المكتئب ولا ينتج فروقاً ذات دلال إحصائياً فى أى مقياس معرفى بعد العلاج أو المتابعة.

دراسة: بيرنز د. نولين ـهسكوم س. (١٩٩١) .

D. D.; Nolen-Hoeksema S.; and et al. Burns

العنوان: أساليب التجاوب، والاستجابة بأداء الواجب المنزلى وفعالية العلاج السلوكى المعرفى

الهدف: التحليل العاملى لقائمة "مساعدة الذات" بيرنز، شو ١٩٨٧ .

العينة: مجموعة من ٣٠٧ مريضاً بالعيادة الخارجية يطلبون العلاج السلوكى المعرفى للتخلص من الاضطرابات الوجدانية، وقد كشف عن ثلاثة عوامل تتحكم فى استخدام المرضى لإستراتيجيات التجاوب Coping style فى حالة الاكتئاب .

الأدوات:

١- قائمة بيك للإكتئاب (١٩٦١) .

٢- اختبار مساعد الذات بيرنز (١٩٨٧) .

النتائج: لم تكن الفكرة التى ترسخت فى أذهان المرضى عن إستراتيجيات التجاوب ولم يكن درجة استعدادهم لتعلم إستراتيجيات جديدة للتجاوب ولا قياسات التكرار ومساعدة الذات لم تكن جميعها عوامل صالحة للتنبؤ سوى استجابة المرضى لما كلفوا به من مساعدة الذات أو عن درجة التحسن خلال الإثنى عشر أسبوعاً الأولى من العلاج .

وتشير تلك النتائج إلى أن المرضى الذين يتميزون بالذكاء وسعة الحيلة لا يمثلون أفضل الحالات بالنسبة للعلاج المعرفى السلوكى عن غيرهم وأن توقعات المرضى حول قيمة إستراتيجيات التجاوب الفعال لا تتنبأ بالاستجابة للعلاج المعرفى السلوكى بل على العكس، ارتبط مقياس لاستعداد بدرجة التحسن أثناء الإثنى عشر أسبوعاً الأولى من العلاجوقد شكل مقياس الاستعداد والتجاوب مع واجبات مساعدة الذات مساهمات إضافية ومنفصلة فى التحسن الإكلينيكي .

دراسة: شارلس، ف. رينولدس وآخرون (١٩٩٢)

Reynolds C.F.; Frank E.; Perel J.M.; and et ai.,

العنوان: الجمع بين العلاج بالعقاقير وبين العلاج النفسى فى حالات المرضى المسنين المصابين بالاكتئاب العام الانتكاسى سواء فى الحالات الحادة أو كاستمرار للعلاج (تقرير مبدئى) .

الهدف: فحص الباحثون نسبة الاستجابة للجمع بين العلاج بالنورنريتيلن Nortriptyline والعلاج النفسى باللقاء المباشر فى حالات المرضى المسنين المصابين بالاكتئاب الانتكاسى سواء فى الحالات الحادة أو كاستمرار للعلاج .

العينة: ٧٣ من المرضى المسنين حيث أتم ٦١ العلاج، وتم الحفاظ على مستوى ثابت "النورنريتيلن" بالدم عند مستوى ٨٠ - ١٢٠ مجم / مل كما. تم عقد لقاءات شخصية بشكل اسبوعى لمدة ١ - ٩ أسابيع بالنسبة للحالات الحادة وخفضت تدريجيا من ثلاث مرات أسبوعياً إلى مرتين أسبوعيا خلال ١٦ أسبوعا من العلاج المستمر، وخلال فترة علاج الحالات الحادة تلقى المرضى غير المستجبين كذلك علاجاً خفيفاً مصاحباً بالعقاقير بالليثوم Lithium أو بيرفينازين Perphenazine .

النتائج: شفى ٤٨٧، ٧٨ ٪ من الواحد والستين مريضاً الذين تلقوا جرعات كافيه من النورنريتيلن والعلاج النفسى باللقاء الشخصى شفاءاً تاما٠ حسب تصنيف هاملتون للاكتئاب (١٠ درجات أو أقل) على مدى ١٦ أسبوعاً من استمرار العلاج ولم يستجب عشرة من المرضى (٤، ١٦ ٪) حسب تصنيف هاملتون لم تقل درجاتهم مطلقا عن ١٥، وقد حقق ثلاثة منهم استجابة جزئية تصنيف هاملتون وحصلوا على ١١ - ١٤ درجة مع بدء العلاج ولم يكن تأخر نوبات الاكتئاب أو قدومها مبكرة مرتبطاً باختلاف فى معدل الاستجابة وأثناء مرحلة التحول من العشوائى المزدوج، إلى العلاج الوقائى، استمر ١٩ من ٢٥ مريضاً تم اختيارهم عشوائيا فى الشفاء واستعادوا الرغبة فى ممارسة الجنس. ولم ينتكس أي من المرضى الأربع والثلاثين الذين اختيروا للعلاج بالنورنريتيلن .

دراسة: بيتر ح.، ولسن (١٩٩٢) Peter H. Wilson

العنوان: الجمع بين العلاج بالعقاقير والعلاج المعرفى السلوكى فى علاج الاكتئاب .

الهدف: يعد الجمع بين العلاجين بالعقاقير والمعرفى السلوكى أسلوباً شائعاً فى علاج الاكتئاب .

العينة: ٤٠ مريض وكانت أعمارهم تتروح من ٢٠ - ٥٥ عاماً .تم تقييم درجة الاكتئاب والقلق قبل العلاج، وفى منتصف العلاج، وفى أعقاب العلاج مباشرة وخلال فترة ستة أشهر من المتابعة، حيث تم تقييم اضطرابات النوم، وأعراض الخوف المرضى واستقبال التشجيع، بصورة أقل تكراراً وقد لوحظ تحسن ملحوظ على أغلب القياسات أثناء العلاج بصرف النظر عن نوع العلاج الذى تلقاه المريض .

الأدوات:

١- مقياس بيك للاكتئاب (١٩٦١).

٢- مقياس الاكتئاب والقلق سميث (١٩٨٤).

٣- قائمة اختبار الخوف (١٩٧١).

٤- استبيان درجة النوم (١٩٧٥).

٥- اختبار تكملة الجمل (١٩٥٧).

٦- جدول الأحداث السارة ١٩٧٤!

النتائج: ظلت آثار العلاج موجودة خلال فترة المتابعة وقد لوحظ حدوث تحسن أكثر سرعة للمرضى الذين تلقوا العلاج بالأميترابنيلن مقارنة بأولئك الذين تلقوا دواءاً لمجرد إرضائهم .

ولم يعثر على أية مزايا أخرى لاستعمال الأميترابنيلن عند الجمع بينه وبين العلاج النفسى أو تدريب الاسترخاء وأولئك الذين تلقوا العلاج بالأميترابنيلن كانوا فى حاجة إلى علاج إضافى بدرجة أقل أثناء فترة المتابعة من احتياج أولئك الذين تلقوا اتصالاً قليلاً .

دراسة: جورجى، جرماون، شارليس ف. وآخرون (١٩٩٢) .

Gergorg L. Garmoni, Charles F. Et al.

العنوان: التحولات فى الإتزان العاطفى (الوجدانى) خلال العلاج المعرفى للاكتئاب العظمى .

الهدف: مدى الاستجابة الإكلينيكية للمرضى الاكتئاب بالعلاج المعرفى السلوكى.

العينة: عدد المرضى ٣٢ مريضاً مكتئباً من المترددين على العيادة الخارجية عولج المرضى خلال فترة امتدت ١٦ - ٢٠ أسبوعاً، احتوت على ٢٠ - ٢٤ جلسة علاج معرفى سلوكى .

الأدوات:

١- مقياس هاملتون الإكتئاب (١٩٦٩) .

٢- مقياس بيك للإكتئاب (١٩٦١) .

٣- مقياس التقييم العام (١٩٧٦) .

٤- مقياس الإتزان الوجدانى (١٩٧٥) .

٥- إستبيان الأفكار الإيجابية والسلبية التلقائية (١٩٨٠) .

النتائج: تم تصنيف المرضى إلى مستجيبين للعلاج المعرفى السلوكى (عددهم = ٢٢) وغير مستجبين (عددهم = ١٠) على أساس تصنيفات إكلينيكية مستقلة حسب مقياس هاملتون (١٩٦٠) لحدة الاكتئاب وكانت أوضاع الاستجابة مرتبطة بشكل أقوى بالتغير فى للإيجابية عن التغير للسلبية وتدعم النتائج وجهة النظر القائلة بأن الاستجابة الإكلينيكية للعلاج المعرفى السلوكى يعتمد على الإقلال من السلبيه وزياده الإيجابيه للوصول إلى نقطة الاتزان المثالى.

دراسة: ـ فيفا ج أ، جرندى س، وآخرون(١٩٩٤)

Fava G.A; Grandi S. and et al.

العنوان: العلاج المعرفى السلوكى للأعراض المترسبة فى حالات الاضطراب الاكتئابى المبدئى.

الهدف:

١- يستخدم العلاج المعرفى السلوكى بصورة مكثفة فى المرحلة الحادة من الاكتئاب.

٢- تحديد مدى إمكانية تطبيق هذا النوع من العلاج وفعاليته فى حالات الأعراض المترسبة من مرض الاكتئاب الأولى .

العينة: ٤٠ مريضاً يعانون من قصور اكتئابى عام وتم علاجهم بنجاح بالعقاقير المضادة للاكتئاب وتم اختيارهم بعد ذلك عشوائياً للاستمرار إما على علاج معرفى سلوكى أو متابعة إكلينيكية للأعراض المترسبة وفى الحالتين تم تخفيض العقاقير المضادة للاكتئاب تدريجياً حتى منعت نهائياً .

النتائج: تميزت المجموعة التى تلقت العلاج المعرفى السلوكى بمستوى منخفض بشكل ملحوظ من الأعراض المترسبة عقب قطع العلاج بالعقاقير مقارنة بأولئك الذين استمرت متابعتهم إكلينيكياً كما أدى العلاج المعرفى السلوكى كذلك إلى معدل أقل للانتكاسة (١٥ ٪) خلال متابعة استمرت عامين مما حققته المعالجة الإكلينيكية (٣٥ ٪)، بالرغم من أن هذا الاختلاف لا يرقى للأهمية الإحصائية إلا أن أغلب، الأعراض المترسبة قد وجد أنها تحدث كذلك فى مرحلة الأعراض الإنذارية من المرض .

دراسة: سترفنسكى أ.، فيرلوت ر. وآخرون (١٩٩٤)

Stravynski A.; Verreault R.;and et al.,

العنوان: علاج الاكتئاب بواسطة العلاج المعرفى السلوكى الجماعى عقار الإيمبيرامينImipraimine

الهدف: المقارنة بين العلاج المعرفى السلوكى والعلاج بالعقاقير للاكتئاب.

العينة: ٢٤ مريضاً بالعيادات الخارجية كان لديهم دلائل وجود الاكتئاب خضعوا للعلاج المعرفى السلوكي الجماعى مع العلاج بالعقاقير أو بدون (ايمبرامين)، ١٨ مريضاً استكملوا ١٥ جلسة لمدة أسبوعين مصحوباً بتحسن ملحوظ خلال كلا الطريقيتين من العلاج.

النتائج: أن النتائج بالضرورة تم متابعتها على مدى ٦ أشهر وهذا يرجع أن العلاج المعرفى السلوكى جماعى هو أسلوب حيوى لمرضى العيادات الخارجية المصابين بالاكتئاب الأعظم ومع هذا فإن إضافة عقار إيمبيرامين لم يحسن من النتائج.

دراسة: ثيث م. أ، رينولدس س. ف.، وآخرون (١٩٩٤)

Thase M.E., Renolds C.F.; and et al.,

العنوان: هل يستجيب الرجال والنساء المصابين بالاكتئاب للعلاج السلوكى المعرفى بدرجة متشابهة.

الهدف: ما هى درجة التشابه بين الرجال والنساء فى العلاج المعرفى

العينة ٢٥ رجل و٢٥ سيدة تم تشخيصهم تبعاً للخصائص التشخيصية للبحث وتمت متابعتهم وتقسيمهم أسبوعياً .

الأدوات:

١- مقياس هاملتون للاكتئاب (١٩٦٠).

٢- مقياس بيك للاكتئاب (١٩٦٠).

٣- مقياس فالى العلاج المعرفى السلوكى (١٩٨٦).

٤- التصنيف الدولى للتشخيص للأمراض العصبية (١٩٨٧).

النتائج: إن قدراً كبيراً من الأدلة على تأثير العلاج النفسى المحدد الوقت كعلاج للاكتئاب الأعظم مشتق من دراسات تم إجراءها كان أغلبها أو كلها على النساء. أن الرجال والنساء المصابين بالاكتئاب يختلفون فى عدة نواحى قد تغير من مسار المرض الوجدانى وكنتيجة لذلك قد يختلف فى الاستجابة للعلاج النفسى. فى هذه الدراسة يتم استعراض نتائج علاج ٤٠ رجل و٤٤ سيدة خضعوا للعلاج المعرفى السلوكى تمت المقارنة بينهم.

دراسة: هاردى ج ٠،بارخام م.، وآخرون (١٩٩٥)

Hardy G.E.; Barham M.; and et al.,

العنوان: مصداقية ونتائج العلاج المعرفى السلوكى والعلاج النفسى الديناميكى الشخصى.

العينة: ١١٧ من المرضى المصابين بالاكتئاب الخاضعين للعلاج النفسى تم توزيعهم عشوائياً ليخضعوا إلى ٨- ١٦ جلسة من العلاج المعرفى السلوكى أو العلاج النفسى الديناميكى الشخصى.

الأدوات: مقياس هاملتون للاكتئاب (١٩٦٠).

النتائج: أوضحت النتائج أنه قبل التعرض للعلاج فإن المرضى كانت مصداقيتهم للعلاج المعرفى السلوكى كانت أعلى منها للعلاج النفسى الديناميكى الشخصى أما بعد التوقف عن العلاج النفسى وقبل بدء العلاج الجديد فقد كانت المصداقيه الاوليه للمرضى متشابهه لكل من نوعى العلاج أما المصداقية الثانوية فقد زادت بصورة ملحوظة بعد التدخل للجلسة الأولى من أى من نوعى العلاج عما كان قبله. أن تصديق

المرضى على مصداقية مبدأ العلاج لأى نوع من أنواع العلاج تتوقع تحسناً من خلال العلاج النفسى الشخصى عنه فى العلاج المعرفى السلوكى. أما المصداقية الأولية والثانوية للمرضى فإنه توقع تحسناً للمرضى الذين تلقوا ٨ جلسات من العلاج وليس ١٦ جلسة.

دراسة: ميرفى ج.٠، كارنى ر.م والآخرون (١٩٩٥)

Murphy G.E, Carney. R.M. and et al.,

العنوان: العلاج المعرفى السلوكى والتدريب على الاسترخاء والعلاج المضاد للاكتئاب ثلاثى الحلقات كعلاج الاكتئاب.

الهدف:

١- مقارنة العلاج المعرفى السلوكى والعلاج العقاقير مع العلاج ثلاثى الحلقات فى الاكتئاب الأعظم كانت متشابهة.

٢- أى من هذه العلاجات له تأثير فريد على نتائج العلاج المعرفى السوكى فى الدراسات محددة الوقت.

العينة: عينة من ٢٣٧ مريضا يعانون من الاكتئاب الأعظم كانوا أقل اكتئاباً بعد التعرض لأى من نوعى العلاج المعرفى السلوكى.ولهذا استخدمت العلاج بالاسترخاء للمقارنة مع كل من العلاج العقاقير والعلاج المعرفى السلوكى خلال فترة علاج استمرت ١٦ أسبوعاً.

النتائج: وكانت النتائج أفضل عند العلاج بمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات. أن درجات ما بعد العلاج باستخدام مقياس بيك للاكتئاب كانت أقل من أو تساوى ٩ لدى ٨٢٪ من المرضى الذين تعرضوا للعلاج المعرفى السلوكى والذى لم يزد كثيراً عن درجات الذين تعرضوا للعلاج بالاسترخاء (٧١٪) لذا فإن العلاج المعرفى السلوكى لم يكن له تأثير فريد.. أما العلاج بالعقاقير فكانت نتائجه أسوأ بصورة واضحة (٢٩٪) لدى المرضى الذين وصلوا إلى المستوى المطلوب كما أن توقعات المرضى قبل العلاج لم تتوافق مع النتائج.

دراسة: فان دن- هوات وآخرون (١٩٩٥) .Van, Den-Hout et al

العنوان: تأثيرات فترة العلاج وشدة الاكتئاب على استمرار النتائج الطبية للعلاج المعرفى السلوكى والعلاج النفسى الديناميكى الشخصى.

الهدف: مقارنة بين مختلف العلاجات للاكتئاب وتأثيرها على شدته.

العينة: ١٠٤ مريضاً استكملوا المتابعة البريدية لمدة عام بعد ٨ إلى ١٦ جلسة علاجية بأى من نوعى العلاج المعرفى السلوكى والنفسى الديناميكى الشخصى.

الأدوات: مقياس هاملتون للاكتئاب (١٩٦٠).

النتائج: وعلى الرغم من أن متوسط الدرجات بالنسبة للنتائج خلال عام أوضحت أن المكاسب المحققة استمرت، فقط ٢٩٪ من المرضى كانوا بدون أعراض خلال ٣ مرات الفحص (بنهاية العلاج، بعد ٣ أشهر وبعد عام) بدون أى علاج إضافى ومع هذا ١١٥ فقط من المرضى السابقين حدثت لهم انتكاسة بنهاية العلاج أو عودة الاكتئاب.

أن نتائج المقارنة بين طرق العلاج على مدى عام اختلفت تماماً عن النتائج التى حصلنا عليها مبكراً منذ عام إن العلاج ٨ جلسات أظهر أنه أقل كفاءة من العلاج بالوسائل الأخرى كما أنه لم يعد هناك تفوق للعلاج ١٦ جلسة عن العلاج ٨ جلسات بالعلاج المعرفى السلوكى بغض النظر عن شدة الاكتئاب وهذه النتائج تؤكد على أهمية المتابعة بعد العلاج لتقييمه.

دراسة: رينسون ـ ب بيش وأخرون (١٩٩٥)

Robinson P.K.; Bech I.; and et al.,

العنوان: استخدام طبيب الرعاية الأولية للعلاج المعرفى السلوكى مع مرضى الاكتئاب

الهدف: مزيداً من الانتباه نحو علاج الاكتئاب فى جلسة الرعاية الأولية.

العينة: ١٥٥ مريضاً أكملوا المتابعة عن طريق التليفون مرة بعد شهر وبعد ٤ أشهر كما تم متابعة حاجتهم لاستشارة طبيب الرعاية الأولية، مدى تأثير العلاج المعرفى السلوكى عليهم والتى خلالها يتم صرف العقاقير المضادة للاكتئاب.

النتائج: أن غالبية المرضى (٦١٪) قالوا أن الطبيب نصحهم أن يتجهوا للأنشطة التى يعرفونها وساعدهم أن يشعروا أنهم أفضل. أن وصايا الطبيب بخصوص تخطيط الأنشطة المبهجة، حل المشاكل ومحاصرة الأفكار الاكتئابية والتوجه بالأنشطة التى تزيد الثقة بالنفس تم إقرارها بواسطة ٢٢ إلى ٤٠٪ من المرضى. أن المرضى الأكبر سناً أقروا بعدد أقل من التدخلات بالعلاج المعرفى السلوكى.

أن وصايا الطبيب بالعلاج المعرفى السلوكى كان مصحوباً بمزيد من الالتزام بالعلاج الدوائى خلال الشهر الأول من الزيارة الأولى. أغلب المرضى يتعرفون على التدخلات بالعلاج النفسى أثناء زيارتهم لطبيب الرعاية الأولية والتى وصف فيها علاج للاكتئاب وهذا كان مصحوباً بمزيد من الالتزام بالعلاج الدوائى.

دراسة: ستايل. ب، شابيرو د.أ.، (١٩٩٥)

Stiles W.B.; Shapiro D.A.;

العنوان: تركيب التبادل اللفظى للعلاج النفسى الديناميكى القصير والعلاج المعرفى السلوكى

الهدف: أن التبادل اللفظى هو تكوين من كلام شخصين يحدث فى نفس الوقت والذى ينفذ المهمة القبلية أثناء المواجهة بين شخصين أن تحليل العوامل للاستجابة اللفظية (فعل الكلام) وتردداتها فى ١٦٣٠ قطعة (كل منها من ١٠- ١٢ دقيقة) مستمدة من العلاج النفسى الديناميكى القصير أو العلاج المعرفى السلوكى ٣٩ مريضاً بالاكتئاب تعرفوا على ٦ تبادلات خلال كل علاج منهم. أربعة كانوا هم أنفسهم فى كلا العلاجين (التوضيح، سرد القصة، التبرير، التساؤل) أو اثنين ميزوا كل علاج (الاستكشاف والتأويل فى العلاج النفسى الدينميكى القصير ووصف العلاج ووضع الاطار، العلاج المعرفى السلوكى).

العينة: ٣٠ مريض يعالجون بالعلاج المعرفى السلوكى، ٢٧ بالجلسات النفسية عالية ومنخفضة التأثير لكل مريض.

النتائج: أن التبادلات أظهرت نماذج وقتية مميزة خلال الفترات أثناء كل علاج. أن التبادل اللفظى هو مبدأ متوسط القيمة يربط الرموز اللفظية المتنافرة مع المبادئ العلاجية والاكلينيكية.

دراسة: أديدس،م.، جاكبيسون (١٩٩٦)

Addis M.E.; Jacobson.S. ;

العنوان: أسباب الاكتئاب وأسلوب ونتيجة العلاج المعرفى السلوكى

الهدف: فحصت العلاقات بين المرضى وأسباب الاكتئاب لديهم من ناحية وأسلوب ونتيجة العلاج المعرفى السلوكى من ناحية أخرى للاكتئاب الشديد. إن أسباباً متعددة للاكتئاب تم التفكير فيها لكى تتوافق أو لا

تتوافق مع النموذج النظرى الذى يكمن فى كل علاج. أن الأسباب الخاصة بالاكتئاب تم تقديرها من خلال استجواب كما أن المتغيرات شاملة العمل المنزلى والالتزام بالعلاج تم قياسها فى بداية العلاج.

العينة: ٢٠ مريضا بالاكتئاب.

الأدوات:

١- مقياس بيك للاكتئاب (١٩٦١).

٢- مقياس النشاط السلوكي (١٩٧٢).

النتائج: أوضحت أن قدرة العلاج على المساعدة كانت متلازمة مع الناتج الايجابى فى النشاط السلوكى، وإبداء السبب كان متلازماً مع نتائج أسوأ فى النشاط السلوكى. والأسباب الخاصة قد رجحت ناتجاً متبايناً فى علاجين. إن النتائج قد تم مناقشتها فى مصطلحات تعبر عن وظيفة السبب ودور الإيضاحات المميزة للاكتئاب فى عملية وناتج العلاج.

دراسة: فستاتيس ب.، فيهان س.، وآخرون (١٩٩٦)

Vostanis P.; Feehon C.; and et al.,

العنوان: محاولة عشوائية محكمة للعلاج المعرفى السلوكى للأطفال والمراهقين المرضى بالاكتئاب: متابعة ٩ أشهر.

الهدف: مناقشة آثار العلاج على مرضى الاكتئاب فى مرحلة الشباب.

العينة: ناتج تسعة أشهر من المعلومات لمحاولة عشوائية محكمة لمرضى العيادة الخارجية للأطفال والمراهقين المرضى بالاكتئاب.

النتائج: إن العلاج المعرفى السلوكى تم مقارنته مع تدخل بسيط فى ٥٦ شخصاً. خلال تسعة أشهر من نهاية المحاولات، ٢١ طفلاً كان لديهم قصور نفسى (٣٧.٥٪) منهم ١٥ طفلاً (٢٦.٨) كانوا يعانون من

الاكتئاب ومع ذلك فإن ٢٥ شخصاً (٤٥٪) أظهروا أعراضاً اكتئابية بدرجة واضحة خلال فترة التسعة أشهر.

إن كلا المجموعتين أظهرت تحسناً فى المقاييس النفسية والاجتماعية، لكن نتائج العلاج لم تكن واضحة. أن انخفاض الثقة بالنفس فى وقت تحويل المريض وتوقع وجود قصور نفسى ودرجة الطفل التى ترجح أعراض اكتئابية وانخفاض الثقة بالنفس خلال فترة المتابعة.قد أدى إلى انخفاض النتائج العلاجية.

دراسة: وود أ، رويال .م.، وآخرون (١٩٩٦)

Wood A.; Royal M.; and et al.,

العنوان: محاولة محكمة للتدخل المعرفى السلوكى القصير لمرضى الاكتئاب فى مرحلة الشباب.

الهدف: مدى التحكم فى العلاج المعرفى السلوكى لمرضى الاكتئاب

العينة: ٥٣ طفلاً ومراهقاً يعانون من الاكتئاب تعرضوا للعلاج المعرفى السلوكى القصير أو للتحكم فى التدريب على الاسترخاء العلاجى. ٤٨ مريضاً أكملوا العلاج الذى شمل ٥- ٨ جلسات.

الأدوات:

١- مقياس زنج للاكتئاب (١٩٧٥).

٢- مقياس راسكن للاكتئاب (١٩٧٣).

النتائج: أن تقييم ما بعد العلاج أوضح ميزة قوية للعلاج المعرفى السلوكى على الاسترخاء بالنسبة للاكتئاب والناتج النهائى ومع ذلك لم تكن الفروق واضحة بين العلاجين. خلال المتابعة، الفروق بين المجموعات كانت أقل نظراً لزيادة معدلات الانتكاسة فى المجموعة الأولى وتزايد معدلات الشفاء فى المجموعة الثانية التى تتعرض للعلاج بالاسترخاء.

دراسة: إمينولز.ن وآخرون (١٩٩٦)

EmanuelsZ. ; and et al.,

العنوان: العلاج المعرفى السلوكى الفردى ضد العلاج الزواجى للاكتئاب بين الأزواج.

الهدف: تفحص تأثير العلاج الزواجى على المزاج المعتل أو القصور مع العلاقات.

العينة: ٢٧ مريضاً بالاكتئاب يعانون من مشاكل زوجية تعرضوا للعلاج المعرفى الفردى أو للعلاج الزواجى.

الأدوات:

١- مقياس بيك للاكتئاب (١٩٦١).

٢- مقياس العلاقات الزواجية (١٩٧٨).

النتائج: إن العلاج المعرفى الفردى ركز على المزاج المعتل، النشاط السلوكى وحالات القصور الوظيفى ولكن العلاج الزواجى شمل شريك الحياة والتركيز كان على العلاقة الزوجية " تحليل التباين" أوضحت أن العلاج أدى إلى نتائج واضحة تشير إلى التحسن فى المزاج المعتل والنشاط السلوكى وحالات القصور الوظيفى مع تحسن فى العلاقة الزوجية والاتصال الاجتماعى.

أن العلاج الزوجى كان له تأثيراً أوضح على متغيرات العلاقات من العلاج المعرفى الفردى وأقل شكوى اكتئابية لكن كلا العلاجين له تأثير ايجابى وإن كان العلاج الزواجى الذى يشمل كلا الزوجين أفضل من العلاج الفردى.

دراسة: فافا ج.، جراندى س.، وآخرون (١٩٩٦)

Fava G.A.; Grandi S.A.; and et al.,

العنوان: ناتج ٤ سنوات من العلاج المعرفى السلوكى للأعراض الراسبة للاكتئاب الشديد.

الهدف: تحديد إذا ما كان العلاج المعرفى السلوكى للأعراض الراسبة للاكتئاب له تأثير فعال على معدل الانتكاسة .

العينة: ٤٠ مريضاً بالاكتئاب الأولى الشديد الذين تم علاجهم بنجاح عن طريق العلاج بالعقاقير، تم إخضاعهم عشوائياً للعلاج المعرفى السلوكى للأعراض الراسبة أو العلاج الإكلينيكي. فى كلا العلاجين، تم تقليل جرعة الأدوية المضادة للاكتئاب تدريجياً حتى توقفت وتم عمل تقييم المتابعة خلال ٤ سنوات.

النتائج: العلاج المعرفى السلوكى أدى إلى معدل انتكاسات أقل (٣٥٪) أفضل من العلاج الاكلينيكى (٧٠٪).أن العلاج السلوكى المعرفى للأعراض الراسبة للاكتئاب الأولى الشديد يقلل فرصة الانتكاسات ويحتمل أنه يقلل نمو الأعراض الراسبة للمرحلة التى تؤدى إلى حدوث الانتكاسة.

دراسة: فايف جى، جريند وأخرون (١٩٩٦)

Fava G.A. Grandi S, et al.

العنوان: توقع تأثير العلاج المعرفى السلوكى للاكتئاب: دراسة للعوامل الفريدة والشائعة.

الهدف: قدرة المتغيرات المتعددة على توقع ناتج العلاج.

العينة: تم اختيارها فى ٢٠ مريضاً بالاكتئاب الذين تلقوا علاجاً سلوكياً معرفياً مع أو بدون علاج بالعقاقير. نوعين من المتغيرات تم دراسته: متغير

واحد فريد للعلاج المعرفى ومتغيرين شائعين. إن تحسن المريض تم تقديره من المتغيرين الشائعين.

الأدوات:

١- مقياس بيك للاكتئاب (١٩٦١).

٢- مقياس الأفكار السلبية هولون (١٩٨٠).

٣- مقياس القصور الوظيفى للاتجاهات وايزمان (١٩٧٨).

النتائج: أوضحت أن ناحية فريدة من العلاج المعرفى (تركيز المعالج على تأثير المعرفة المشوشة على الأعراض الاكتئابية) تجاوبت بسلبية مع ناتج العلاج. إن التحليل الوصفى تم تطبيقه لفهم العلاقة السلبية التى أشرنا إليها فاتضح أن المعالجين يزيدون من التصاقهم بالخطط المعرفية وأساليب تصحيح العلاج ومشاكله. إن زيادة هذا التركيز قد يؤثر على ضغوط الاتحاد العلاجى سلباً مما يؤثر على التغير العلاجى.

دراسة: كورل ل، هارينجتون وأخرون (١٩٩٦)، Korll-L; Harrington-R et al.,

العنوان: دراسة ارشادية عن استمرار العلاج المعرفى السلوكى للمرضى المراهقين المصابين بالاكتئاب العظمى.

الهدف: لكى نحدد إذا ما كان استمرار العلاج المعرفى السلوكى يمكن ان يمنع الانتكاسة للمرضى المراهقين الذين شفوا من الاكتئاب العظمى.

العينة: ١٧ مريضاً الذين استمروا على العلاج المعرفى السلوكى لمدة ٦ أشهر بعد الشفاء من حالة الاكتئاب العظمى تم مقارنتهم بمجموعة تحكم تتكون من ١٢ حالة لم تخضع لاستمرار العلاج المعرفى السلوكى.

الأدوات: مقياس هاملتون للاكتئاب (١٩٦١).

النتائج: حالة واحدة فقط من ١٧ حالة توقفت عن العلاج أما فى الباقين فقد انخفض معدل حدوث انتكاسة بدرجة ملحوظة عنه فى مجموعة التحكم. إن استمرار العلاج المعرفى السلوكى يستحق مزيد من الدراسة العشوائية من خلال محاولة منظمة.

دراسة: بريوين سى ر. (١٩٩٦) Brewin-CR

العنوان: القواعد النظرية للعلاج المعرفى السلوكى للأرق والاكتئاب.

الهدف: أن العلاج المعرفى السلوكى يتعلق بعدة مصطلحات متباينة،تمت مراجعة أصول العلاج المعرفى السلوكى بسرعة مع إطار نظرى مكمل له يفترض أن:

أ) يفرق بين التدخلات العلاجية التى تستهدف أمراض محدودة عن تلك التى تستهدف أمراض عامة.

ب) يفرق بين التدخلات فى الوعى التى تتعلق بأصول نظرية تخص نظريات الانفعال والمعرفة والطموح.

النتائج: أما التدخلات التى تهدف إلى تعديل معتقدات اللاوعى تتعلق بأصول نظرية تخص نظريات التقييم وقواعد نفسية المعرفية التجريبية. من خلال النص، عدة أشكال من العلاج المعرفى السلوكى للأرق والاكتئاب تم تحليلها من خلال الإطار العام مع موضوعات تخص تقديم الذات فى الذاكرة وتحليل الانفعال قد تم ادراجها.

دراسة: أوى وت.ب كزمزرسشزك .ت. (١٩٩٧)

Oei, T.P , Kazmiercezak. T.

العنوان: العوامل المصاحبة للتوقف عن العلاج فى مجموعة تخضع للعلاج السلوكى المعرفى للتقلبات المزاجية.

الهدف: التحرى سبب هروب المرضى بالاكتئاب من العلاج المعرفى السلوكى.

العينه: ١٣١ مريض من خلال متابعه مجموعه مده ١٢ اسبوع.

الأدوات:

١- مقياس بيك للاكتئاب (١٩٦١).

٢- مقياس التوزيع الاجتماعي (١٩٧٥).

النتائج: أوضحت أن قياسات التوزيع الاجتماعي (السن على المثال) ومقاييس الاكتئاب (درجات الاكتئاب) لم تميز المرضى ا من العلاج من هؤلاء الذين أكملوه. إن البحث في مجال ال المزاجية خلال فترة العلاج لإيجاد فروق واضحة بين الهاربين من والذين أكملوه قد أوضح أن المرضى الهاربين يبدون أقل م ومشاركة من الآخرين وقد نوقشت هذه النتائج في ضوء الأبحا تمت في هذا المجال والتي ستتم فيه.

دراسة: ودد أ. هريجتون ر وآخرون (١٩٩٧)

Wood A, Harrington R. ,et al.,

العنوان: محاولة مفاجئة ومتابعة للعلاج المعرفي والعلاج بالعقاقير في العيادة الخارجية ذوي الاكتئاب المتكرر.

الهدف: فحص دور العلاج المعرفي في منع حدوث الانتكاسات الاكتئاب في نظام محكم.

العينة: ٧٥مريض بالعيادة الخارجية يعانون من اكتئاب متكرر.لقد تم المرضى لثلاث مجموعات لمدة ١٦ أسبوع من العلاج الحاد وسنة العلاج المستمر بالطريقة التالية:

١- مضادات الاكتئاب+ الاستمرار بمضادات الاكتئاب.

٢- العلاج المعرفي + الاستمرار بالعلاج المعرفي.

مضادات الاكتئاب+ الاستمرار بالعلاج معرفي.

كما تم تحليل المعلومات الخاصة لمن استكملوا العلاج أو الذين توقفوا.

أدوات:

- مقياس بيك للاكتئاب (١٩٦١).
- مقياس الأفكار السلبية (١٩٨٠).
- مقياس القصور الوظيفى للاتجاهات (١٩٨٧).

نتائج: فى الفترة الحادة من العلاج، تحسن كل المرضى ولم يكن هناك أى فرق واضح بين الطرق المختلفة ولكن العلاج المعرفى كان هو الأفضل من العلاج بمضادات الاكتئاب.

أن النتائج توضح أن العلاج المعرفى المستمر كان له تأثير وقائى مماثل علاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب وهو يعد أحد الوسائل فى العلاج المستمر حالات الاكتئاب المتكرر.

دراسة: تيث م. إ.، جرينرس ج. بى.، وأخرون (١٩٩٧)

Fava G.A.; Grandi S.A.;Greenhoues J.B.; and et al.,

عنوان: علاج الاكتئاب الشديد بالعلاج النفسي بمفرده أو العلاج النفسى والعلاج العقاقير معاً.

عينة: ٥٩٥ مريضاً بالاكتئاب الشديد. وتتراوح أعمارهم ٤٤ سنة وكانوا يعالجون لمدة ٦ أسابيع بالعلاج النفسى وحده (٢٤٣ مريض) أو بكل من العلاج النفسى والعقاقير معاً (٣٥٢ مريض) وتأثير نوع العلاج.

أدوات:

- مقياس بيك للاكتئاب (١٩٦١).
- مقياس هاملتون للاكتئاب (١٩٦٠).

نتائج: على الرغم من أن المرضى تم علاجهم بالعقاقير لم يكونوا أكثر تأثيراً بدرجة واضحة عن العلاج النفسى وحده فى حالات الاكتئاب

النفسى البسيط، ولكنهم أظهروا تأثير أقل فى النساء وكبار السن. وقد رجحت الجمع بين العلاجين أفضل من العلاج النفسى منفرداً فى علاج الاكتئاب الشديد أو المتكرر.

دراسة: جولد فريد ج، وآخرون (١٩٩٧)، Goldfried G. ; and et al.,

العنوان: تحليل مقارنة للبؤرة العلاجية فى العلاج المعرفى السلوكى والجلسات النفسية الديناميكة بين الأشخاص.

الهدف: المقارنة بين العلاج المعرفى السلوكى والجلسات النفسية الديناميكية.

العينة: ٣٠ مريض يعالجون بالعلاج المعرفى السلوكى و٢٧ مريضاً بالجلسات النفسية الديناميكية لعلاج الاكتئاب.

الأدوات:

١- مقياس بيك للاكتئاب (١٩٦١).

٢- مقياس هاملتون للاكتئاب (١٩٦٠).

٣- مقياس راسكن للاكتئاب (١٩٧٣).

النتائج: أوضحت أن العلاج النفسى الديناميكى ركز أكثر على المتغيرات كالانفعال مثلاً، الأنماط، التعارضات، الضغط الذى يمارسه الآخرين على المريض، رد الفعل المتوقع من المريض نحو الآخرين. الميل لتجنب التقدم العلاجى، المعالجين أنفسهم، والدى المريض والروابط بين الناس والوقت فى حياة المريض.

أما العلاج المعرفى فقد ركز أكثر على الظروف الخارجية وقدرة المريض على تحديد القرارات وأعطى المهام والمعلومات أكثر وشجع على اكتساب الخبرات وركز أكثر على المستقبل مع فروق أقل بالنسبة لتأثير الجلسات.أن النتائج تفسر فى مصطلحات بالنسبة للاختلاف والتشابه فى الاعتقادات النظرية لعملية التغير.

دراسة: برينت د أ، هولدر د.، كلكو د، وآخرون (١٩٩٧)
Brent D. A; Holder D.; Kolko D.; and et al.,

وان: محاولة إكلينيكية للعلاج النفسى للمراهقين المصابين بالاكتئاب مقارنة بالعلاج المعرفى، العلاج العائلى والعلاج بالمساندة.

ف: كفاءة العلاج المعرفى أوالعلاج العائلى أوالعلاج بالمساندة لعلاج الاكتئاب لدى المراهقين

نة: ١٠٧ مريض فى سن المراهقة وهم مرضى الاكتئاب الشديد خضعوا عشوائياً لثلاث طرق من العلاج:

العلاج المعرفى السلوكى للشخص.

العلاج السلوكى الأسرى المنظم.

العلاج بالمساندة الغير موجه.

ج استمر من ١٢ إلى ١٧ جلسة وقد تم استخدام كل معلومات المتابعة.

وات:

مقياس بيك للاكتئاب (١٩٦١).

مقياس العلاقات الأسرية (١٩٨٨).

نة: من ١٠٧ مريضاً شملتهم الدراسة، ٧٨ (٧٢,٩٪) أكملوا العلاج.

ائج: أن العلاج المعرفى السلوكى أظهر تقدماً فى علاج حالات الاكتئاب الشديد فى نهاية الدراسة مقارناً بالعلاج المساند الغير موجه (١٧,١٪) وأعطى نسبة علاج أعلى (٦٤,٧٪) تعرف على أنها غياب الاكتئاب تماماً وعلى الأقل ٣ إجابات بيك بدرجات أقل من ٩ بالنسبة للعلاج السلوكى الأسرى (٣٧,٩٪) أو العلاج المساند الغير موجه (٣٩,٤٪)، كما أن العلاج المعرفى أعطى معدلات أسرع من العلاج بالنسبة لكلا العلاجين

الآخرين، وبالنسبة للاكتئاب الذى يخبر عنه المريض نفسه (بالنسبة للعلاج السلوكى الأسرى)

أن العلاجات الثلاثة أظهرت انخفاضات واضحة ومتشابهة فى الرغبات الانتحارية والقصور الوظيفي للاتجاهات. أن نظرة الأسرة لكفاءة العلاج المعرفى السلوكى تحسنت مقارنة بالعلاج السلوكى العائلى أو العلاج بالمساندة الغير موجه.

أثبتت أن العلاج المعرفى السلوكى أكثر كفاءة من العلاج السلوكى العائلى أو العلاج بالمساندة الغير موجه بالنسبة للشباب فى سن المراهقة المرضى بالاكتئاب الشديد كما أعطى نتيجة أسرع وأكثر اكتمالاً.

دراسة: سبانجلر د. ل.، سيمونز س.، وآخرون (١٩٩٧)

Spangler D.L.; Simons S.; and et al.,

العنوان: الاستجابة للعلاج المعرفى السلوكى للاكتئاب: تأثير ما قبل العلاج، القصور الوظيفى المعرفى وضغوط الحياة.

الهدف: مدى الاستجابة للعلاج المعرفى السلوكى وتأثيره على بعض المتغيرات.

العينة: عينة من ٥٣ مريضاً بالاكتئاب فى العيادة الخارجية.

النتائج: إن الاستجابة للعلاج المعرفى السلوكى متغيرة والعوامل التى تؤدى إلى اختلافات فى الاستجابة لم يتم تقنينها لعد.إن مستوى القصور المعرفى وحدوث الضغط السلبى للحياة تم وضعها كمتغيرات خاصة بالمرضى والتى تؤدى لاختلافات فى الاستجابة للعلاج المعرفى السلوكى. أن العلاقة بين الاستجابة للعلاج المعرفى السلوكى وتداخل القصور المعرفى مع الأحداث الحياتية السلبية، ولكن هناك القليل من الدعم بالنسبة لتوقع حدوث اختلاف حاد فى النتيجة بين المرضى الذين تعرضوا والذين لم يتعرضوا لما قبل العلاج من عوامل مثل القصور المعرفى أو الضغوط السلبية.

دراسة: فافا ج ٠أ٠، سافرون ج٠د٠ (١٩٩٧) Fava G.A.; Savron G.D.

العنوان: العلاج المعرفى السلوكى لمرضى الاكتئاب الشديد المقاومين للعلاج بالعقاقير.

الهدف: أن تطبيق العلاجات السلوكية المعرفية فى مرضى الاكتئاب المقاومين للعقاقير الاكتئاب لاقى قليل من الاهتمام.

العينة: ١٩ مريضاً ممن فشلوا فى إظهار أى استجابة لمحاولتين للعلاج بالعقاقير لمدة كافية وبجرعة مناسبة تعرضوا للعلاج المعرفى السلوكى.

الأدوات: مقياس بيك للاكتئاب (١٩٦١).

النتائج: ٣ مرضى لم يستكملوا العلاج أما الـ ١٦ مريض الباقين فقد أظهروا انخفاضاً واضحاً فى درجات الاستجابات الإكلينيكية للاكتئاب. ١٢ مريضاً حكم عليهم أنهم فى الطريق للشفاء فى نهاية المحاولة و١٠ منهم شفوا تماماً بعد متابعة لمدة سنتين ٨ من المرضى أوقفوا العلاج الكيمائى نتيجة لاستجابتهم الطبية للعلاج المعرفى السلوكى.

أن هذه النتائج الأولية ترجح أن استخدام العلاج المعرفى السلوكى بواسطة أخصائى نفسى مدرب قبل أن يدخل المريض فى حالة اكتئاب انتكاسى " أو مقاوم للعقاقير" .

دراسة: يللجين د٠س٠ (١٩٩٧) Elligan D.C.

العنوان: تعامل العلاج المعرفى السلوكى والعلاج المساند والعلاج المعرفى السلوكى المتأثر بالعامل الثقافى ليغطى احتياجات رجل مزودج الثقافة .

الهدف: دراسة لحالة فردية للتكامل الناجح بين العلاج المساند والعلاج المعرفى السلوكى المتأثر بالعامل الثقافى.

العينة: إن المريض (مكسيكى، فلسطينى) بالفرقة الثالثة بكلية الحقوق ويعانى من مشاعر سلبية مزمنة من الاستخفاف بالذات مما أدى إلى تعطيل أنشطته اليومية :

الأدوات:

١- مقياس هاملتون (١٩٦٠).

٢- مقياس بيك للاكتئاب (١٩٦١).

النتائج: أظهرت أن جمع العلاج المعرفى السلوكي والمساندة الاجتماعية معاً نجح فى وجود معالج حساس للأمور الثقافية، مما أدى إلى تقليل الألفاظ السلبية وتحسين حياته اليومية.

دراسة: فافا أ.ج.، سافرون س.د.، وآخرون (١٩٩٧)

Fava G.A.; SavronS.D.; and et al.,

العنوان: العلاج السلوكى المعرفى لحالات الاكتئاب المقاوم للعلاج بالعقاقير.

الهدف: تطبيق العلاج المعرفى السلوكى على حالات الاكتئاب المقاومة للعلاج بالعقاقير

العينة: ١٩مريضاً لم يستجيبوا لمحاولتين على الأقل للعلاج بالعقاقير المقاومة للاكتئاب خضعوا للعلاج المعرفى السلوكى.

النتائج: ثلاثة مرضى لم يستكملوا العلاج، ١٦ مريضاً الباقين أظهروا انخفاضاً كافياً فى الدرجات فى المقابلة الإكلينيكية لتقييم الاكتئاب بعد العلاج ١٢ مريضاً كانوا فى حالة شفاء بنهاية العلاج ولكن واحداً منهم تعرض لانتكاسة خلال المتابعة على مدى سنتين. لقد تم إيقاف العلاج بالعقاقير فى ٨ مرضى من ١٢ مريضاً الذين استجابوا للعلاج المعرفى السلوكى. إن هذه النتائج الأولية تبين أن العلاج المعرفى السلوكى بواسطة معالج ذو خبرة يجب تنفيذه قبل تسمية نوبة اكتئاب

أعظم بأنها متكررة " أو مقاومة للعلاج". أن هذه التسميات يمكن اطلاقها بعد بذل مجهود مع العلاج المعرفى السلوكى لذا فالتسمية الأفضل هى" مقاومة للعلاج بالعقاقير" أو " مقاومة للعقاقير".

دراسة: دى ومى ر. جى. س (١٩٩٧) ; De-Weme R .J

العنوان: العلاج المعرفى لمرضى القسم الداخلى.

الهدف: تصف القواعد العامة للعلاج المعرفى لمرضى القسم الداخلى كما تناقش الأنواع المختلفة للعلاج المعرفى التى تم تطويرها، وفوائد هذه البرامج من حيث التأثير والفاعلية.

العينة: ٥٠ مريض داخلى.

الأدوات:

١- مقياس بيك للاكتئاب (١٩٦١).

٢- مقياس هاملتون للاكتئاب (١٩٦٠).

النتائج: إن التدخلات النفسية العلاجية تلعب غالباً دوراً عظيماً فى علاج المرضى المقيمين بالمستشفيات بسبب الاكتئاب. الكثير من البرنامج العلاجى لمرضى القسم الداخلى تشمل اشتراك المريض فى مجموعة للتدواى بالعلاج النفسى وعلاقة فردية مع أعضاء القسم المعالجين. هذه التدخلات تم تصميمها ليس من أجل أن تكون فقط علاجات أولية للاكتئاب ولكنها تستخدم أيضاً لتشجيع المرضى على الالتزام بالعلاج بالعقاقير. والعلاج المعرفى لمرضى القسم الداخلى يرجع أنه علاج يساعد على استمرار الرعاية بعد الخروج من المستشفى.

دراسة: هولون، دريبث د.، وآخرون (١٩٩٨)

Hollon; Derubeic D. and+ et al.,

العنوان: تحليل ما بعد تأثير العلاج المعرفى على مرضى الاكتئاب.

الهدف: لقد تم دراسة العلاج المعرفى على ٧٨ محاولة إكلينكينية من ١٩٧٧ إلى ١٩٩٦.

العينة: ٢٧٦٥ مريضاً لا يعانون من مشاكل نفسية أو اكتئاب ثنائى القطبين.

الأدوات:

١- مقياس بيك للاكتئاب (١٩٦١).

٢- مقياس هاملتون للاكتئاب (١٩٦٠).

النتائج: أن اختبار ما بعد العلاج المعرفى أوضح أن هؤلاء قد استفادوا بدرجة أعلى من المرضى الآخرين على قائمة الانتظار أو الذين يستخدمون مضادات الاكتئاب أو أى علاجات أخرى. لكن العلاج المعرفى يتساوى فى الفائدة مع العلاج السلوكى. أن عدم التجانس بين المحاولات العلاجية يجعلنا جذرين فى مقارنة النتائج مع مرضى قائمة الانتظار أو الذين لم يستخدموا علاج على الإطلاق وعلى النقيض فإن التجانس بين المحاولات العلاجية كان عالياً عند المقارنة مع المرضى الذين أخذوا علاجاً للاكتئاب أو علاجاً سلوكياً. أن مراجعة ٨ حالات متابعة تقارن بين العلاج المعرفى والعلاج بالعقاقير للاكتئاب، أوضحت أن العلاج المعرفى يمنع الانتكاسات على المدى الطويل على العكس من العلاج بالعقاقير.

دراسة: جايسون د. س.، وود أ .م.، وآخرون (١٩٩٨)

Jayson D.S.; Wood A.M.; and et al.,

العنوان: أى من مرضى الاكتئاب يستجيبون للعلاج المعرفى السلوكى؟

الهدف: للتعرف على دلالات الشفاء من الاكتئاب الشديد لدى المرضى الذين يخضعون العلاج المعرفى السلوكى.

العينة: ٥٠ مريضاً تترواح أعمارهم من ١٠ إلى ١٧ سنة من دراستين للعلاج المعرفى السلوكى.

الأدوات: مقياس بيك للاكتئاب (١٩٦١).

النتائج: ٦٠ ٪ تم شفاؤهم بنهاية العلاج. أن الشفاء كان متعلقاً أكثر بصغر السن وقلة المشاكل الاجتماعية. أن المرض المصابين بالاكتئاب الذى يستجيبون للعلاج المعرفى السلوكى يميلون لأن يكونوا أصغر سناً وأقل تأثراً بالاكتئاب من الآخرين الذين لا يستجيبون له.

دراسة: روينك. م. أ.، رايان ن.د.،، ديبس م. (١٩٩٨)

Reinecke M.A., Ryan N.E.; Dubois A.S.

العنوان: العلاج السلوكى المعرفى للاكتئاب والأعراض اللا اكتئابية فى فترة المراهقة: مراجعة وتحليل.

الهدف: تدعيم فاعلية العلاج المعرفى السلوكى للاكتئاب للكبار وفاعليته للشباب والمراهقة.

العينة: ٢٤ حالة لتقدير فاعلية طرق العلاج المختلفة وثبات نتائجها.

الأدوات: مقياس بيك للاكتئاب (١٩٦١).

النتائج: إن مقارنات تم عقدها لـ ١٤ حالة ما بعد الزواج و١٠ حالات متابعة من خلال ٦ دراسات تشتمل ٢١٧ شخص. أن النتائج توضح مدى تأثير العلاج المعرفى السلوكى على المدى القصير والطويل فى علاج الأعراض الاكتئابية فى الشباب المراهق.

دراسة: منولا ر٠ج٠ (١٩٩٨) McNally R.J.

العنوان: الناتج الحاد ولمدة سنة لمحاولة عشوائية لعلاج المعرفى قصير لـ
الاكتئاب الشديد فى الرعاية الأولية.

الهدف: استعمال العلاج المعرفى كمصاحب للعلاج بالعقاقير.

العينة: ٤٨ مريضاً بالاكتئاب الشديد فى الرعاية الأولية.

الأدوات: مقياس بيك للاكتئاب (١٩٦١)٠

النتائج: بانتهاء مرحلة العلاج، فإن عدداً أكبر من المرضى تماثل للشفا
المجموعة التى تعرضت للعلاج (١٥ شخص) بالمقارنة بالمجموعة العاد
أشخاص) حيث أن الدرجات على مقياس بيك للاكتئاب كانت
صالح المرضى الذين تعرضوا للعلاج المعرفى.

أن العلاج المعرفى السلوكى قد يكون مفيداً لكن عامل الو
ولكن ننصح بالحذر فى تطبيق هذا الأسلوب فى الرعاية الأولية.

دراسة صلاح الدين عراقى (١٩٩١)

العنوان: العلاج المعرفى السلوكى: مدى فاعليته فى علاج مرضى الاك
العصابى

الهدف: التحقق بالتجربة الاكلينيكية من مدى فاعلية العلاج الم
السلوكى فى علاج الاكتئاب النفسى.

العينة: ٢٠ طالباً متطوعاً ممن يعانون بشدة من الاكتاب و٢٠ طالبة كذلك

الأدوات: ١- قائمة بيك للاكتئاب. ٢- استمارة مقابلة شخصـ

النتائج:

١- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة بعد العلاج لصالح كل من ذكور وإناث المجموعة التجريبية

٢- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة بعد انتهاء المتابعة لصالح كل من ذكور وإناث المجموعة التجريبية.

٣- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة بعد العلاج.

٤- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة بعد انتهاء فترة المتابعة فى العلاج.

٥- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين أفراد المجموعة التجريبية بعد العلاج وأفراد المجموعة التجريبية بعد انتهاء المتابعة لصالح كل من ذكور وإناث المجموعة التجريبية فى متابعة العلاج.

٦- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين أفراد المجموعة الضابطة قبل العلاج وأفراد المجموعة الضابطة بعد العلاج.

٧- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين أفراد المجموعة الضابطة بعد العلاج وأفراد المجموعة الضابطة بعد انتهاء فترة المتابعة فى العلاج.

٨- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين أفراد المجموعة الضابطة قبل العلاج والمجموعة الضابطة بعد انتهاء فترة المتابعة فى العلاج.

الفئة الثانية: الدراسات التى تقيس مدى فاعلية العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعلاجات الأخرى لمرض الاكتئاب

وتعرض الباحثة كما تعرضت لدراسات الجزء الأول من العلاج المعرفى السلوكى فى دراسات السبعينات بسرد مبسط وكذلك دراسات الثمانينات ففى دراسة: بيلاك وآخرون (١٩٧٦) .,Bellac, A.S. et al بعنوان: تقييم برنامج التحكم الذاتى ودراسة: نيلسون وآخرون (١٩٧٧) ,Nelson, R. E. et al بعنوان: معدلات المكافأة والعقاب لمرضى الاكتئاب، ودراسة فشز وريم (١٩٧٧) Fuchs, and Rehm بعنوان: برنامج التحكم الذاتى للاكتئاب، ودراسة شارلز وآخرون (١٩٧٩) ., Charles, et al بعنوان: فحص معدلات مكافأة الذات لدى المكتئبين وغير المكتئبين، دراسة: ريم وآخرون (١٩٧٩).Rehm, L.P. et al بعنوان: مقارنة "برنامج التحكم فى الذات لعلاج الاكتئاب وبرنامج التدريب على المهارات التوكيدية". ولقد الدراسات السابقة أوضحت أن المكتئبين قد أظهروا مستويات منخفضة فى كل من التوقعات الذاتية، والتقييمات الذاتية، ومكافأة الذاتوذلك بالمقارنة بالعاديين كما أن كل من التوقعات الذاتية والتقييمات الذاتية كانت ترتبط ارتباطا موجباً بمستوى المكافأة الذاتية لدى المكتئبين، كما أن المكتئبين كانوا يقيمّون أنفسهم بدرجات منخفضة فى حين أنهم يقيمون الآخرين بدرجات مرتفعة وفى نفس الوقت فإن الفروق لم تكن دالة بين كل من درجة تقييم الذات للآخرين من قبل العاديين .

أما دراسات الثمانينات ففى دراسة: كورنبليت وآخرون Kornblith & et al (١٩٨١) بعنوان: تقييم العناصر الأساسية "برنامج التحكم الذاتى لعلاج الاكتئاب ودراسة جوتليب (١٩٨١) .Gotlib L.H بعنوان: المقارنة بين معدلات مكافأة الذات، وعقاب الذات لدى كل من المكتئبين والعاديين، دراسة: ميرى (١٩٨٣) .Merry, J.R بعنوان: نواحى العجز فى التحكم الذاتى لدى المرضى المكتئبين ودراسة: ريم وآخرون (١٩٨٧) Rehm, et al بعنوان: الأهداف

المعرفية والسلوكية فى برنامج التحكم فى الذات "لعلاج الاكتئاب، دراسة: عبد الوهاب كامل (١٩٨٩) بعنوان: خصائص التحكم الذاتى لقد توصل وغيره إلى أن المكتئبين يميلون إلى عقاب الذات أكثر من مكافأة الذات وأن ارتفاع متوسطات التحكم الذاتى، تقويم الذات بالنسبة للمجموعات التى تتصف بالسواء فى حين تنخفض بدرجة ملحوظة للغاية درجات كل من رؤية الذات والوعى بالذات.

دراسة: ريم. ل.د.، وكاثلين ن.ج. روبين أ.س. (١٩٩٥)

Rahn L.D.;, Kaslon N.J.; Robin A. S.;

العنوان: الأهداف المعرفية والسلوكية لبرنامج علاج الإكتئاب بأسلوب التحكم الذاتى .

الهدف:

١- تقييم الفعالية النسبية لتلك الأنماط الثلاثة من برامج العلاج بالتحكم الذاتى .

٢- فحص علاقة التفاعل بين برنامج العلاج وبين الخصائص المحددة للمريض .

العينة: ١٠٤ سيدة تتروح أعمارهم من ١٨ - ٦٠ سنة.

الأدوات:

١- مقياس بيك للإكتئاب (١٩٦١) .

٢- مقياس هاملتون (١٩٦٧) .

٣- إختبار راسكن (١٩٦٧) .

٤- قائمة إختبارات الأعراض (١٩٧٦) .

٥- مقياس تصنيف (هويكنز) المختصر للأمراض النفسية (١٩٧٧) .

٦- إستبيان التحكم الذاتى ريم (١٩٧٧) .

٧- جدول التحكم الذاتى روزينا (١٩٨٢) .

١٠- مقياس القصور السلوكى (١٩٧٨) .

النتائج: استخدمت ثلاثة أنواع من برامج علاج التحكم الذاتى لعلاج الاكتئاب أحدهم باستخدام هدف سلوكى، والآخر باستخدام هدف معرفى والأخير باستخدام هدف يجمع بينهما ، وعولج بكل أسلوب منها ٧ مجموعات من المرضى

وقد شهدت كل الحالات تحسناً ملحوظاً ومتساوياً سواء على أساس التقرير الذاتى أو على مقياس التقييم الإكلينيكى للاكتئاب.كما تحسنت كل الحالات بدرجة متساوية على مقاييس كل من المتغيرات السلوكية والمعرفية ولم يكن المستوى المبدئى لتلك المتغيرات متعلقاً بالنتيجة النهائية .

دراسة: فان دين ـ هوت (١٩٩٥) Van Den-Hut

العنوان: كفاءة برنامج العلاج بالتحكم الذاتى فى مركز العلاج النفسى لمدة يوم.

الهدف: أن برنامج العلاج بالتحكم الذاتى على مدى ١٢ أسبوعاً مرتكز على نموذج التحكم فى الذات الذى افترضه ريم، تم إضافته للبرنامج التقليدى لمرضى الاكتئاب فى مركز العلاج النفسى لمدة يوم.

العينة: ٢٥ مريضاً بالاكتئاب تم اختيارهم عشوائياً ليخضعوا إما للعلاج التقليدى أو للعلاج التقليدى مضافاً إليه برنامج التحكم الذاتى.

النتائج: وفى الاختبار الذى عقب العلاج، كان التحسن لدى المرضى الذين خضعوا للبرنامج الخاص للعلاج بالتحكم الذاتى أكثر وضوحاً من ناحية التحكم فى الذات، الاعتزاز بالنفس، الاكتئاب، والمزاج الاكتئابى ومعدل حدوثه، والاستمتاع المحتمل بالأحداث السعيدة بينما

مرضى مجموعة التحكم الذين خضعوا للعلاج التلقيدى فقط لم يبدوا نفس الدرجة من التحسن التى تم إجراؤها عقب العلاج. وعلى الرغم من أنه فى الأسبوع الثالث عشر من المتابعة فإن النتائج الإيجابية استمرت ولكن الفرق بين المجموعتين لم يعد بارزاً فيما عدا التحكم الذاتى.

دراسة: نيكونوك. (١٩٩٥) Nakano-K

العنوان: تقييم سلوك التحكم الذاتى: تحاليل الصلاحية على الجدول بالتحكم الذاتى: الاصدار اليابانى.

الهدف: من أجل فحص صلاحية الترجمة اليابانية لجدول التحكم الذاتى (روزينباوم" ٣٣٨ يابانياً من الطلبة خضعوا للمقياس.

النتائج: أظهرت أن بناء التحكم الذاتى أدى إلى توقع سلبى للمستقبل، اكتئاب مستقبلى وأعراض نفسية جسمانية. أن هذه الدلائل تشير إلى صلاحية الإصدار اليابانى من جدول التحكم وأنه قياس جيد للتحكم فى الذات. .

دراسة محمد على كامل (١٩٩٠)

بعنوان: دراسة أثر استخدام برنامج التحكم فى الذات لعلاج الاكتئاب على بعض أعراض الاكتئاب التفاعلى.

الهدف: - التعرف إلى أى مدى سينجح التدريب على البرنامج المستخدم فى خفض الأعراض الاكتئابية وتعديل خصائص المؤشرات الفسيولوجية لتلك الأعراض.

- التعرف إلى أى مدى يمكن القاء الضوء على التكامل بين الجوانب الكمية والسيكومترية والكيفية والخصائص الذاتية للتحكم الذاتى والفسيولوجية للاكتئاب.

الأدوات:

١- مقياس د للاكتئاب من مقياس المتعدد الأوجه (١٩٩٤).

٢- مقياس للاكتئاب.

٣- مقياس التحكم الذاتى عبد الوهاب كامل (١٩٧٨).

٤- مقياس قائمة أيزنك للشخصية .

٥- أجهزة لتسجيل المؤشرات الفسيولوجية.

العينة: ٢٢ طالباً و٢١ طالبة تم تقسيم هؤلاء الأفراد إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية (١٠ ذكور، و١٠ إناث) ومجموعة ضابطة (١٠ ذكور ١٠ وإناث) والمجموعة الضابطة لم يجرى عليهم البرنامج.

النتائج:

١- وجود فروق دالة إحصائياً بين درجات أفراد المجموعة التجريبية من الجنسين (الذكور والإناث) فى القياس القبلى والبعدى (١) والبعدى (٢) فى كل المتغيرات النفسية ودرجة التحكم الكلى العام، والحث الذاتى، والرؤية الانتقائية الإيجابية للذات، مقاومة الذات للإحباط، الوعى بالذات، تقييم الذات، تدعيم (المقاييس الفرعية للتحكم الذاتى)، الاكتئاب، العصابية، الأنباط، المؤشرات الفسيولوجية معدل ضربات القلب، ضغط الدم، استجابة الجلد الجلفانية، المسجلة فى هذه القياسات لصالح القياسين: البعدى رقم (١) والبعدى (٢) وبذل تحققت صحة الفرض الفرعى الأول.

٢- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات الذكور والاناث فى كل من المتغيرات النفسية والمؤشرات الفسيولوجية السابقة وذلك بالنسبة للقياسات المتكررة للمجموعة التجريبية وبذلك تم رفض الفرعى الانى.

٣- وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية من الجنسين (الذكور والاناث) فى القياس البعدى (٢) ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة من الجنسين (الذكور والإناث) فى القياس الثانى من كل من المتغيرات النفسية والمؤشرات الفسيولوجية السابقة المسجلة فى هذين المقياسين لصالح أفراد المجموعة التجريبية من الجنسين (الذكور والإناث) وبذلك تحققت صحة الفرض الفرعى الثالث.

٤- وجود فروق دالة احصائياً بين درجات أفراد المجموعة التجريبية من الجنسين (الذكور والإناث) فى القياسين البعدى رقم (٢) والبعدى رقم (٣) لمتابعة استمرار أثر البرنامج لصالح القياس البعدى رقم (٣) وذلك كل من درجة التحكم الذاتى الكلى العام، الرؤية الانتقائية الإيجابية للذات، مقاومة الذات للإحباط، الوعى بالذات، تقييم الذات وتدعيم الذات والعصابية وبذلك تم رفض الفرع الرابع.

الفروض الحالية:

١- يمكن خفض الاكتئاب لدى عينة الدراسة العلاجية لمرضى الاكتئاب وذلك عن طريق (العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير معاً) فى القياسات المتكررة القبلى (قبل البرنامج، (البعدى الأول) بعد العلاج، (المتابعة) بعد العلاج بشهرين.

٢- يمكن خفض الاكتئاب لدى عينة الدراسة العلاجية لمرضى الاكتئاب وذلك عن طريق (العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً) فى القياسات المتكررة القبلى (قبل البرنامج، (البعدى الأول) بعد العلاج، (المتابعة) بعد العلاج بشهرين.

٣- يمكن خفض الاكتئاب لدى عينة الدراسة العلاجية لمرضى الاك
وذلك عن طريق (العلاج بالعقاقير فقط) فى القياسات المتكررة ا
(قبل البرنامج، (البعدى الأول) بعد العلاج، (المتابعة) بعد العلاج بشه

تعقيب على الدراسات السابقة:

بعد استعراض مجموعة الدراسات السابقة وتحليل هذه الدرا ستعرض الباحثة فيما يلى أهم النقاط التى استخلاصها من تحليل الدراسات وذلك من حيث الموضوعات والعينة والأدوات وكذلك نتائج الدراسات.

أولاً: من حيث الموضوع:

ركزت الفئة الأولى من الدراسات التى تم عرضها الدراسات تناو المقارنة بعلاج المعرفى السلوكى بدراسات أخرى العلاج بالعقاقير والعلاج المختلفة الأخرى فى تخفيف حدة الاكتئاب.

ركزت الفئة الثانية من الدراسات التى تم عرضها كذلك مقارنة الع السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً بالعلاجات الأخرى تخفيف حدة الاكتئاب.

ثانياً: من حيث العينة:

أجريت الدراسات السابقة على عينات مختلفة من بدأ من الطفو والمراهقة إلى ما بعد مرحلة الجامعة والمسنين وعلى الرجال والسيدات.

ثالثاً: بالنسبة للأدوات:

استخدمت معظم الدراسات مقياس بيك للاكتئاب، مقياس هاملتو للاكتئاب،والأفكار السلبية الإيجابية، مقياس القصور الوظيف للاتجاهات، مقياس العلاقات الزواجية، مقياس العلاقات الأسرية.

أما البرامج العلاجية فكانت معظمها العلاج المعرفى السلوكى مع العقاقير معاً، العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً، العلاج بالاسترخاء، العلاج بالمساندة الاجتماعية، العلاج بالعقاقير لوحدها.

رابعاً: نتائج الدراسات:

هناك دراسات أكدت مدى فعالية العلاج المعرفى السلوكى مع العقاقير معاً، أفضل من العلاج المعرفى السلوكى لوحده وكذلك العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً مثل دراسات .... وهذا يؤكد دراستى وهناك دراسات اختلفت ذكرت أن العلاج بالعقاقير لوحدها لها فاعلية أفضل من العلاج المعرفى السلوكى لوحده.

و من خلال هذا العرض لفصل الدراسات السابقة يمكننا القول بأن هناك شبه اتفاق للدراسة الحالية والفئة الأولى والفئة الثانية من الدراسات من حيث الموضوع والنتائج مع اختلاف العينة والأدوات هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فقد ضمت الدراسة الحالية الفئتين السابقتين من الدراسات من حيث مدى فعالية العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير معاً، فاعلية العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً وهذا مما لا يتوفر فى الدراسات السابقة فقد تضمنت الجانب النظرى والتطبيقى.

وبعد عرض هذا الفصل سننتقل إلى الفصل للدراسة الإجراءات المنهجية للدراسة.

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة

مقـدمـة

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة مدى فعالية كل من أسلوبى العلاج المعرفى السلوكى والعلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى فى تخفيف معاناة مرضى الاكتئاب المترددين على العيادات الخارجية والمقارنة بينهم· وفى الفصول السابقة، تناولت الباحثة مفهوم الاكتئاب والنظريات المفسرة له، وأساليب العلاج المستخدمة فى هذه الدراسة كما استعرضت الدراسات العلاجية المختلفة وخلصت منها إلى صياغة فروض البحث الحالى·

أولاً: المنهج المستخدم:-

تقصد الباحثة بالمنهج المستخدم فى هذه الدراسة، مجموعة الإجراءات التى استخدمت من بداية الدراسة حتى التوصل إلى نتائجها وإن كانت الدراسة الحالية تنحو نحو الدراسات التجريبية التى تهدف إلى دراسة أثر برامج معينة كمتغيرات مستقلة على عدد من المتغيرات السلوكية والمعرفية كمتغيرات تابعة · وقد حاولت الباحثة الجمع بين أسلوبين من الأساليب العلاجية التجريبية التى تستخدم فى مثل هذه الدراسات·

فهناك بعض الدراسات التى استخدمت منهج المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية والمقارنة بينهما· وهناك دراسات أخرى تفضل المنهج القبلى - البعدى على نفس المجموعة التجريبية.أما فى الدراسة الحالية فقد جمعت الباحثة بين المدخلين التجريبيين حتى تتأكد من اختبار الفروض بدقة· ويوضح جدول رقم (١) التصميم التجريبى للدراسة الحالية·

جدول رقم (١)

المجموعة	نوع	العدد	ذ/أ	الفنيات			القياسات		
				علاج معرفى سلوكى+ عقاقير معاً	علاج سلوكى (تحكم ذاتى) + عقاقير معاً	علاج عقاقير فقط	قبلى	بعدى	متابعة
الأولى	التجريبية الأولى	١٠	١/٩	◄◄	–	–	◄◄	◄◄	◄◄
الثانية	التجريبية الثانية	١٠	٤/٦	–	◄◄	–	◄◄	◄◄	◄◄
الثالثة	الضابطة	١٠	٢/٨	–	–	◄◄	◄◄	◄◄	◄◄

وطبقاً للتصميم السابق فإنه سوف يتم إجراء ثلاثة قياسات لكل مجموعة من المجموعات الثلاثة: قياس قبلى (قبل تطبيق البرامج) وقياس بعدى أول (بعد انتهاء البرامج مباشرة) وقياس بعدى ثانى (بعد فترة المتابعة بشهرين) للتأكد من مدى استمرارية الآثار العلاجية،بالإضافة إلى عدم حدوث الانتكاس.

ثانياً: العينة

لقد تم اختيار العينة من بين مرضى الاكتئاب المترددين على العيادات الخارجية (الخاصة) ذلك بعد أن وجدت الباحثة فى العيادات الخاصة المكان المتاح للمواصفات المطلوبة العينة البحث لأن معظم المترددين على عيادات المستشفيات تكون درجة حدة الاكتئاب إما أنها حادة مصحوبة بأعراض ذهانية أو بغير أعراض ذهانية والمستوى التعليمى فالأغلبية أميون وهذا لا يتفق مع الموصفات لعينة البحث وايضاً من حيث الالتزام والوعة بأهمية العلاج النفسى إلى جوار العلاج بالعقاقير.فكان عددهم النهائى ٣٠ مريضاً (من بين ٥٥ مريضاً ولأن ٢٥ مريضا لم يكملوا البرامج العلاجية). ثم تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات كل منها تتكون من عشرة مرضى.

وكان على الباحثة أن تأخذ الحالات بعد أن يشخصها الطبيب النفـ
على أنها حالات اكتئاب بسيط ومتوسط الشدة بواسطة التصنيف الد
العاشر للأمراض النفسية والتى تكون معاييرها فى كالآتى: ICD-10:

١- المزاج الحزين.

٢- فقد الاهتمام أو الاستمتاع فى كل الأنشطة تقريباً.

٣- الشعور باليأس وفقد الحماس.

٤- نقص الشهية أو زيادة الشهية.

٥- قلة النوم أو كثرة النوم.

٦- زيادة النشاط الحركى أو نقصه .

٧- الشعور بفقد القيمة أو الإحساس بالذنب الشديد الغير مناسب.

٨- صعوبة التفكير أو صعوبة التركيز.

٩- تكرار فكرة الموت أو أفكار أو محاولات الانتحار

جدول (١) "ف" للمجموعات العلاجية الثلاثة للقياس القبلى

المقاييس	المصدر التباين	مجموعات المربعات	متوسطات المربعات	درجة الحرية	ف	الد
بيك للاكتئاب	١ ٢ ٣	١٧.٨٧ ١٦٩.٦٠ ١٨٧.٦٥	٨.٩٣ ٦.٢٨	٢ ٢٧ ٢٩	١.٤٢	[illegible]
القصور الوظيفى للاتجاهات	١ ٢ ٣	٣٩٠.٤٧ ٦٣٣٩.٠٠ ٦٧٢٩.٤٩	١٩٥.٢٣ ٢٣٤.٧٨	٢ ٢٧ ٢٩	٠.٨٣	[illegible]
الأفكار السلبية	١ ٢ ٣	١٩٦.٨٧ ١١٨٢.٥٠ ١٣٧٩.٣٧	٩٨.٤٦ ٤٣.٧٩	٢ ٢٧ ٢٩	٢.٢٥	[illegible]
الأفكار الايجابية	١ ٢	٢٩.٤ ٥٥٤.٦٠	١٤.٧٠ ٢٠.٥٤١	٢ ٢٧	٠.٧٢	[illegible]

المقاييس	المصدر التباين	مجموعات المربعات	متوسطات المربعات	درجة الحرية	ف	الدلالة
	٣	٥٨٤.٠٠		٢٩		
حكم الذاتى الكلى	١	٤٣٨.٢٠	٢١٩.١٠	٢	٥.٣٨	غير دالة
	٢	١١٠٠.١٠	٤٠.٧٤	٢٧		
	٣	١٥٣٨.٣٠		٢٩		
ية الانتقائية للذات	١	١٥٦.٨٧	٧٨.٤٣	٢	٢.٨٩	غير دالة
	٢	٧٣٢.١٠	٤٠.٧٤	٢٧		
	٣	٨٨٨.٩٧		٢٩		
مة الذات للاحباط	١	٥.٤٠٠	٢.٧٠٠	٢	٠.٢٥	غير دالة
	٢	٢٨٨.٩٠	١٠.٧٠٠	٢٧		
	٣	٢٩٤.٣٠		٢٩		
الحث الذاتى	١	٨.٠٦٧	٤.٠٣	٢	٠.٧٨	غير دالة
	٢	١٤٨.٦٠	٥.٥٠٣	٢٧		
	٣	١٥٦.٦٧		٢٩		
التقويم الذاتى	١	١٠.٤٧	٥.٢٣	٢	٠.٥٠	غير دالة
	٢	٢٨٢.٥٠	١٠.٤٦	٢٧		
	٣	٢٩٢.٩٧		٢٩		
الوعى بالذات	١	٤٢.٤٧	٢١.٢٣	٢	٣.٧٤	غير دالة
	٢	١٥٣.٠٠	٥.٦٧	٢٧		
	٣	١٩٥.٤٧		٢٩		
ير الذات الكلية	١	٩٦.٢٧	٤٨.١٣	٢	١.٢٠	غير دالة
	٢	١٠٨٥.١٠	٤٠.١٩	٢٧		
	٣	١١٨١.٣٧		٢٩		
توقير الذات	١	٦٥.٨٧	٣٢.٩٣	٢	٢.١٨	غير دالة
	٢	٤٠٨.٨٠	١٥.١٤	٢٧		
	٣	٤٧٤.٦٧		٢٩		
الثقة بالذات	١	٣٢.٤٧	١٦.٢٣	٢	٢.١٢	غير دالة
	٢	٢٠٦.٥٠	٧.٦٥	٢٧		
	٣	٢٣٨.٩٧		٢٩		

موعة (١): العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير معاً.

موعة (٢): العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً.

المجموعة (٣): العلاج بالعقاقير فقط.

عدد المجموعة (ن) = ١٠×٣=٣٠

١= بين المجموعات ٢= داخل المجموعات ٣= كل المجموعات.

درجة الحرية= ٢- ٢٨ ف (٠,٠٥)=٣,٣٤ ف (٠,٠١)=٤,٤٥

خطوات الدراسة الأساسية:

لكى تتحقق الباحثة من صحة فروضها، فقد قامت بإجراء مجموعة من الخطوات يمكن توضيحها فيما يلى:

١- قامت الباحثة بإعداد أدوات الدراسة المستخدمة التى تم تطبيقها كاختبارات نفسية، فى القياسات القبلى (قبل العلاج)، البعدى (بعد العلاج مباشرة)، المتابعة (بعد العلاج بشهرين) وقامت الباحثة بترجمة وإعداد وضبط ثلاث مقاييس هى القصور الوظيفى للاتجاهات Dysfunctional Attitude Scale والأفكار السلبية Negative Thoughts والأفكار الإيجابية Positive Thoughts من الإنجليزية إلى العربية ثم من العربية إلى الإنجليزية مرة ثانية بهدف التأكد من نقل دلالات ومعانى بنود الاختبارات إلى اللغة العربية دون تحريف ثم تم تحكيمها بواسطة ثلاثة أعضاء هيئة تدريس اللغة الإنجليزية وإعطاء كل عبارة نسبة مئوية لمدى صحة كل بند من حيث الترجمة وكانت معظمها لا تقل عن ٩٠٪

٢- قامت الباحثة بمراسلة ببعض الباحثين الأجانب الذين تخصصوا فى مجالات التدريب على برنامج العلاج المعرفى السلوكى من مركز العلاج المعرفى فى بنسلفانيا من أمثال دتاليو**Datteluo**، جودث بيك.,Beck. G، ومن نتيجة المراسلات حصلت الباحثة على برنامج العلاج السلوكى "التحكم الذاتى لريم Rehm"

ثالثاً: إجراءات التطبيق:

١- بدأت إجراءات تطبيق الأدوات الخاصة بالدراسة فى أول شهر ديسمبر ١٩٩٦ وانتهت فى فبراير ١٩٩٨.

٢- يتم التطبيق على مدى جلستين أسبوعياً، وكانت الجلسة تترواح من ٤٥ إلى ٦٠ دقيقة وتترواح عدد الجلسات ١٢ للبرنامج العلاج المعرفى السلوكى و٧ جلسات للعلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى.

٣- بعد انتهاء كل حالة تجريبية من تطبيق البرنامج كانت الباحثة تقوم بتطبيق بعدى (بعد العلاج مباشرة) كان يقابلها مريض ممن يعالجون العلاج بالعقاقير فقط (المجموعة الضابطة).

رابعاً: تصميم أدوات الدراسة وإعدادها:

المرحلة التمهيدية:

بدأت خطة إعداد الاختبارات التى تم تطبيقها على النحو التالى:

(أ) الإطلاع على ما ورد من ملاحظات واستنتاجات وصياغات خاصة بالأفكار غير المنطقية والقصور الوظيفى فى الاتجاهات وكذلك الأبعاد الأساسية للمزاج الاكتئابى. بالإضافة إلى الإطلاع على العديد من البرامج العلاجية والمعرفية القائمة على المنحى المعرفى وبصفة خاصة سنحى بيك فى العلاج المعرفى السلوكى واضعين فى الاعتبار التعريفات الدقيقة الإجرائية التى حددت لكل من المعتقدات والأفكار غير المنطقية وكذلك الاكتئاب بكل أبعاده المختلفة.

(ب) استقراء نظرى لواقع المجتمع المصرى لمحاولة الوقوف على دراسة التفكير الغير منطقى الذى من شأنه أن يخلق الاضطراب النفسى بأشكاله المتعددة منها الاكتئاب الذى هو محل دراستنا.

(ج) الإطلاع على بعض الدراسات والأبحاث التى أجريت لفحص التفكير غير المنطقى فى المجتمع المصرى فى علاقته ببعض المتغيرات الأخرى كالاكتئاب للاسترشاد بها فيما تقوم به الباحثة فى الدراسة الحالية، كما تم الإطلاع على بعض الدراسات الأجنبية وهى عديدة، وتجميع المقاييس التى استخدمت والتى كان أغلبها يقيس الأفكار غير المنطقية والقصور الوظيفى للاتجاهات والأفكار السلبية والأفكار الإيجابية كما حددها بيك وآخرون.

(د) قامت الباحثة بترجمة مقاييس القصور الوظيفى للاتجاهات، والأفكار السلبية والأفكار الإيجابية كما سبق الاشارة اليها.

١ـ إستخبار التحليل السلوكى لتاريخ الحالة: (إعداد كاتيلا وأوبر) **١٩٧٦**

Cautela &Upper Behavior Analysis History Questionnaire (BAHQ)

يستخدم هذا الاستخبار فى إجراء المقابلات الشخصية المقننة.فهو يزود الباحثين بمعلومات عن تاريخ حياة العميل الماضية والحاضرة، وهو من تأليف كاتيلا وأبر Cautela , upper وقد قام الباحث أحمد متولى بترجمته إلى العربية وقامت الباحثة بتعديله بما يتناسب وعينة الدراسة الحالية، كما قامت الباحثة بإضافة بعض النقاط المهمة التى احتواها دليل الفحص ودراسة الحالة فى الإرشاد والعلاج النفسى، التى أعدها حامد زهران ١٩٧٦، إلى الاستخبار الحالى.أما البنود التى يحتوى عليها الاستخبار فهى: -

١- بيانات أولية عن الشخص.

٢- أسباب تقدّم الشخص بطلب المساعدة أو المشورة النفسية.

٣- الأفكار السلبية التى يعانى منها الشخص.

٤- العلاقة بأفراد الأسرة.

٥- التاريخ التعليمى للفرد.

٦- النواحى الجنسية فى حياة الفرد.

٧- التاريخ الصحى للحالة.

٨- التصرفات السلوكية للحالة.

٩- ما تريد الحالة كتابته أو الإدلاء به، لإدراكها أن له صلة بمشكلتها.

وقد استخدمت الباحثة هذا الاستخبار فى التشخيص الفردى للاكتئاب مع أفراد العينةوقد كان هناك اهتمام خاص بالبندين الثانى والثالث لأنهما يتعلقان بموضوع الدراسة ويدوران حول الأفكار السلبية التلقائية التى تنتاب الفرد فى مثل هذه المواقف التى تؤدى به إلى حالته المزاجية السيئة (الاكتئاب)٠

٢ـ قائمة بيك للإكتئاب Beck Inventory for Depression (١٩٩٦)

قام بيك وزملاؤه العاملون بمركز العلاج المعرفى بتصميم قائمة للاكتئاب لتقدير شدته لدى المرضى المشخصين على أنهم من مرضى الاكتئاب فى مركز العلاج المعرفى٠ وقد قام بتعريب هذه القائمة المعدلة،١٩٩٣. (أحمد عبد الخالق ١٩٩٥) فى جامعة الكويت ومطابقتها بالأصل الإنجليزي على آخر طبعة أمريكية صدرت عام ١٩٩٣ وقد تم تقنينها فى أربع دول عربية ٠و تقيس قائمة بيك للاكتئاب فى صيغتها الأصلية ٢١ عرضاً يمثل كل منها مظهراً من مظاهر الاكتئاب،وهى كما يلى: -

١- المزاج الحزين	٢- التشاؤم	٣- الشعور بالفشل.
٤- عدم الرضا بالنفس	٥- الشعور بالذنب.	٦- العقاب
٧- كراهية الذات	٨- اتهام الذات.	٩- أفكار انتحارية
١٠- البكاء	١١- التهيج	١٢- الانسحاب الاجتماعى.
١٣- عدم الحسم.	١٤- تغير فى صورة الجسم	١٥- صعوبات فى العمل.

١٦ - الأرق ١٧- سرعة التعب ١٨- فقد الشهية.

١٩- فقد الوزن ٢٠- الانشغال بالجسم ٢١- فقد لطاقة الج

الثبات:

طبقت الصيغة العربية من قائمة بيك للاكتئاب، ثم أعيد تطبيقها أسبوعين على عينة من طلاب الجامعة ن= ٤٦ ووصل ثبات إعادة التطبيق ٠,٦٢ وهو معامل غير مرتفع ولكن متوقع حيث تسأل القائمة المفحوص مشاعره خلال الأسبوع الماضى بما فيه اليوم الحالى ومن ثم، فيتوقع الحـ على هذا المعامل الذى يقع فى المدى بين ٤٨، ،٨٦، والذى استخرج من ع دراسات على عينات مرضية وسوية.

و ثبات الاتساق الداخلى: كانت معاملات ألفا كرونباخ لقائمة بيك عينات من طلاب الجامعة (٠,٧٦) للذكور، وللإناث (٠,٧٧) للعينة الـ ٠,٧٧)).

الصدق:

استخدمت ثلاث طرق لحساب صدق الصيغة العربية من قائمة للاكتئاب وهى:

١-صدق التكوين:

فى سبيل اختبار أحد جوانب صدق التكوين لقائمة بيك افترض الدرجة على هذه القائمة ترتبط إيجابياً بمقياس اليأس والتشاؤم وترتبط سـ بالتفاؤل وأجريت دراسات عربية وأكدت هذه الارتباطات حيث كان مـ التفاؤل ٠,٥٩٩٣ والتشاؤم ٠,٧١٨٤ واليأس ٠,٣٣٦٩.

وتؤكد النتائج السابقة أحد جوانب صدق التكوين لقائمة بيك صيغتها العربية. ومن ناحية أخرى فقد حللت مصفوفة الارتباط بين

المقاييس الأربعة، واستخراج عامل جوهرى واحد بلغ جذره الكامن ٠,٢٥٤ ونسبة تباين قدرها ٦٣٪، وبلغ تشبع قائمة بيك للإكتئاب ٠,٧٥٥ وهو تشبع جوهرى مرتفع ·

٢-الصدق التلازمى:

طبقت الصيغ العربية من كل من قائمة بيك للاكتئاب ومقياس جليفورد للاكتئاب، ومقياس الاكتئاب المشتق من قائمة مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية، ومقياس الاكتئاب من قائمة الصفات الانفعالية المتعدد من وضع "زوكرمان،لوبين" على ١٢٠ من طلاب الجامعة ووصلت معاملات الارتباط بين قائمة بيك والمقاييس الثلاثة السابقة على التوالى إلى ٠,٦٦٢، ٠,٤٩٥، ٠,٤٦٣، جميعها جوهرية عند مستوى ٠,٠٠٠١، وتشير هذه المعاملات عن صدق تلازمى لابأس به لقائمة بيك للاكتئاب· وأسفر التحليل العاملى للمصفوفة الارتباطية المتبادلة لهذه المقاييس الأربعة عن عامل واحد استوعب نسبة مرتفعة من التباين المشترك وصلت إلى ٠.٦٧٥ وكان تشبع قائمة بيك بهذا العامل ٠.٧٩٧ وهو تشبع جوهرى مرتفع (أحمد عبد الخالق ١٩٩٦).

٣-الصدق التمييزى:

حيث إن قائمة بيك للاكتئاب قد وضعت لتقدير شدة الاكتئاب لدى المفحوص، فمن الممكن أن نفترض أن الدرجات على القائمة يمكن أن تميز بين مرضى الاكتئاب والأسوياء والمدمنين وكان المكتئبون أعلى متوسطاً فى الدرجات، على حين حصل الفصاميون والمدمنون على متوسط درجات أقل.

٤- التحليل العاملى لبنود القائمة:

طبقت الصيغة العربية من قائمة بيك على ٤٠٤ من طلاب الجامعة المصرية وحسبت لكل جنس على حدة معاملات الارتباط المتبادلة بين البنود، وحللت عاملياً بطريقة هوتلينج للمكونات الأساسية، ثم تدوير العوامل تدويراً

متعامداً بطريقة فاريماكس واتخذ معيار العامل الدال إحصائياً بأن >٠.
واعتماداً على ذلك تم استخراج سبعة عوامل لدى كل جنس وليس من الميس
لضيق إيراد المصفوفات العاملية أسماء العوامل المستخرجة من بنود قائمة بي
لدى الجنسين.

عوامل عينة الذكور:

١- عامل عام للاكتئاب ٢- الاتجاهات السلبية اتجاه الذات

٣- الاضطرابات العضوية ٤- الجنس واضطراب النوم.

٥- الانسحاب والفشل ٦- الأفكار الانتحاريه ومشاعر الذنب

٧- فقد الوزن والشهية

عوامل عينة الإناث:

١- عامل عام للاكتئاب ٢- الاتجاهات السلبية تجاه الذات

٣- التهيج والبكاء ٤- الأفكار العدمية

٥- والشعور الذنب والأرق ٦- الانشغال بالجسم

٧- فقد الوزن والانسحاب.

٣- مقياس التحكم الذاتى: إعداد عبد الوهاب كامل ١٩٨٨

ترى الباحثة أن خاصية التحكم الذاتى تمثل محوراً مركزياً يمكن أ
يمتد تأثيره إلى مختلف أبعاد الشخصية المزاجية الانفعالية أو العقلية المعرفية
عبد الوهاب محمد كامل ١٩٨٧، ريمRehm 1987 ، جارى شفارتس Gary scheratzبيتى جاكسون Beatty Jackson 1977).

ويشير ريم Rehm 1987 إلى أن اكتشاف مهارة التحكم الذاتى فو
السلوك يعنى الإقرار بأنشطة إيجابية وتحديد أهداف طويلة المدى ثم العمل عل

أخذ خطوات اتجاه هذه الأهداف من أجل تحقيقها (ريمRehm وآخرون ١٩٧٧) ومكوناته الفرعية تتضمن:

١- مراقبة الذات Self Monitoring.

٢- تقييم الذات Self Evaluation.

٣- تدعيم الذات Self Reinforcement

قام الباحث بدمج كلاً من المقياسين (روزينهونز Rosenhouns١٩٨٠ وريم ١٩٧٥Rehm) بحيث تشكل اختباراً يضم ٧٦ عبارة لتقنينه على عينه من المجتمع المصرى وذلك يهدف الكشف عن مكونات عملية التحكم الذاتى كما افترضها كانفر Kanferكمحكات لمحتوى عبارات المقياس، وذلك من خلال إجراء التحليل العاملى بفرض الوصول إلى مجموعات العوامل التصنيفية المحتمل أن تميز لنا بين العبارات التى تقيس كل من: مراقبة الذات وتقييم الذات وتدعيم الذات.

حساب الثبات:

بعد تقدير قيمة معامل ارتباط النصفين الفردى والزوجى لعبارات المقياس (٥١ عبارة) والذى بلغ ٠,٦٩٣٩ وتم تصحيح معامل الثبات من معادلة سبيرمان - بروان (فؤاد البهى السيد ١٩٧٩) فوصل إلى (٠,٨٢) وباستخدام التحليل العاملى لعبارات المقياس (٥١ عبارة) وبعد التدوير المتعامد، تم استخلاص عدد ١٦ عاملاً، وفى ضوء قيمة الجذر الكامن ونسبة التباين العاملى فإن التفسير سوف يشمل فقط الستة عوامل الأولى والتى تزيد قيمة الجذر الكامن لها عن الواحد الصحيح. وجدبر بالذكر أن تلك العوامل الستة قد استخلصت ٦٩,٣٪ من تباين المصفوفة الارتباطية (٥١ عبارة) أما العشرة عوامل الباقية فقد استخلصت ٣٠,٧٪.

وكان بروفيل التحكم الذاتى: يتكون منالتحكم الكلى العا
الحث الذاتى - مقاومة الذات للإحباط - المراقبة الإيجابية للذا
الانتقائية للذات - التقويم الذاتى - الوعى بالذات.

قامت الباحثة الحالية بحساب ثبات المقياس على عشرة من الم
المكتئبين إعادة الاختبار بفاصل زمنى مدته أسبوعين وقد بلغ معامل ال
بهذه الطريقة (ر٠,٨٢) وهى درجة عالية من الثبات.

صدق المقياس:

صدق الانساق الداخلى:

وفيه قامت الباحثة الحالية بإيجاد معاملات الارتباط بين درجات
عبارة، والدرجة الكلية للمقياس . وقد تراوحت معاملات الارتباط ما
٠,٣٨ و٠,٧٩ بمتوسط ٠,٤٩٥ وهى معاملات ارتباط دالة عند مستوى ١
٠,٠٥ وبذلك تأكدت الباحثة الحالية من تماسك عبارات المقياس بخص
عينة البحث الحالى.

٤ـ اختبار الأفكار التلقائية (١٩٨٠)
: Automatic Thoughts Questionnaire: (Hollon and Kendall1980)

وهو يتكون من مقياسين أحدهما للأفكار السلبية والآخر للأف
الإيجابية. ويتكون كلامنهما٣٠ عبارة تقيس تكشف عن الأفكار
وجودها لدى المفحوص الذى يعانى من الاكتئاب يتروح مدى الدرجات
صفر إلى٦٠ درجة، بالإضافة إلى تمتعه بخصائص الاختبار الجيد من
الصدق والثبات فقد أشارت إحدى الدراسات إلى أن معامل ثباته كان
وكان درجة الصدق٠,٩٢

٥- مقياس الأفكار السلبية: Negative thoughts scale

فقد قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية، على عينة الاستطلاعية (عشرة) وبلغ معامل الارتباط بين النصف الفردى، والنصف الزوجى ر=٠,٦٦ وبعد التصحيح بمعادلة سبيرمان- بروان أصبح معامل الثبات ر=٠,٨٢ وهو ثبات عال ودال· وباستخدام معادلة جتمان العامة بلغ معامل الثبات ر=٠,٧٩.

كما قامت الباحثة الحالية بحساب معاملات الارتباط بينه وبين الدرجة الكلية لمقياس الأفكار الإيجابية ترجمة الباحثة والمستخدم أيضاً فى الدراسة الحالية، بلغ معامل الارتباط بينهم ر=٠,٨٥ · وكما قامت الباحثة بإيجاد معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس وقد تراوحت معاملات الارتباط ما بين ٠,٣٩٢ إلى ٠,٨٥٦ وكلها معاملات دالة عند مستوى ٠,٠٥، ٠,٠١.

٦- مقياس الأفكار الإيجابية: Postivie Thoughts Scale

فقد قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس طريقة التجزئة النصفية، على العينة الاستطلاعية (عشرة) وبلغ معامل الارتباط بين النصف الفردى، والنصف الزوجى ر=٠,٦٩ وبعد التصحيح بمعادلة سبيرمان- بروان أصبح معامل الثبات ر=٠,٨٦ وهو ثبات عال ودال· وباستخدام معادلة جتمان العامة بلغ معامل الثبات ر=٠,٨١.

كما قامت الباحثة الحالية بحساب صدق معاملات الارتباط بينه وبين الدرجة الكلية للمقياس الأفكار السلبية ترجمة الباحثة والمستخدم أيضاً فى الدراسة الحالية بلغ معامل الارتباط بينهم ر=٠,٨٧ · وكما قامت الباحثة بإيجاد معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس وقد تراوحت معاملات الارتباط على هذا النحو ما بين ٠,٣٩٠ إلى ٠,٨٥١ وكلها معاملات دالة عند مستوى ٠,٠٥، ٠,٠١.

٧ـ مقياس القصور الوظيفى للاتجاهات: Dysfunction Attitude Scale

أعد هذا المقياس للكشف عن الأعراض الاكتئابيه، يتكون من أربعين عبارة ويترواح مدى الدرجات من ٤٠ إلى ٢٠٠ وقد تم حساب ثبات المقياس وذلك من خلال تطبيقه على عينة مكونة من طلاب الجامعة بطريقة إعادة الاختبار بفاصل زمنى قدره ثلاثة أسابيع، فكان معامل ثبات إعادة الاختبار٠,٨٤ .

فقد قامت الباحثة بحساب ثبات وصدق المقياس على العينة الحالية:

الثبات:

فقد قامت الباحثة بحساب الثبات بطريقة إعادة الاختبار مع فاصل زمني أسبوعين ر=٠,٨٩ وهو دال إحصائياً عند ٠,٠١.

الصدق:

كما قامت الباحثة الحالية بحساب صدق معامل الارتباط (ر=٠,٨٢) وكما قامت الباحثة بإيجاد معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس وقد تراوحت معاملات الارتباط ما بين ٠,٣٤١ إلى ٠,٨٣٢ وكلها معاملات دالة عند مستوى ٠,٠٥ ، ٠,٠١.

٨ـ مقياس تقدير الذات إعداد عبد الوهاب كامل (١٩٩٨):

مقياس تقدير الذات هو أداة للتقرير الذاتى، تشير درجته الكلية إذا كانت مرتفعة إلى إن تقدير الإنسان لذاته يتسم بالواقعية ومن ثم التوافق الذاتى والاجتماعى له، واحترام الذات والمعايشة مع الآخرين، فى حين أن انخفاض الدرجة تشير إلى عكس المفاهيم بما يؤدى الإحساس بالدونية، وعدم الثقة، وامتهان الذات ومن المعروف أن انخفاض تقدير الذات، وعدم الثقة بالنفس من المتغيرات السلبية المرتبطة بالاكتئاب. لذلك فإن الباحثة سوف تستخدم هذا المقياس لقياس تقدير الذات لدى عينة الدراسة الحالية كمتغير تابع ولتقنين المقياس قام معده بالخطوات التالية:

١- قام معد المقياس بصياغة ٣٠ عبارة لقياس تقدير الذات، ثم قام بتطبيقه على عينة مكونة من ٣٩٤ طالباً وطالبة من طلبة الجامعة.

٢- قام بعمل تحليل عاملى للعبارات (٣٠ عبارة) بطريقة المكونات الأساسية وقام بحساب معامل ارتباط العبارة بالدرجة الكلية للمقياس، ونتيجة لهذه الخطوة تم حذف ثمانى عبارات من المقياس الأصلى فأصبح ٢٢ عبارة فقط.

حساب ثبات المقياس:

قام معد هذا المقياس بحساب ثباته بعد حذف العبارات الثمانى بطريقة التجزئة النصفية، وذلك بمعادلتين مختلفين، الأولى: بمعادلة سبيرمان بروان وقد بلغ معامل الارتباط بين النصفين ر= ٠,٧٧٢ وبعد التصحيح ٠,٨٣٨٥٦.

أما الطريقة الثانية: فكانت بطريقة جتمان العامة للتجزئة النصفية وقد بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة٠,٨٥٢٢ ومن هنا يتضح أن المقياس له درجة ثبات عالية ودالة

صدق المقياس:

لحساب صدق المقياس، قام معده بعمل تحليل عاملى للعبارات المتبقية بعد الحذف (٢٢ عبارة) وقام بحساب تشبعات العبارات قبل وبعد تدوير التدوير المتعامد بطريقة فاريماكس.

وقد تم استخلاص أربعة عوامل وقد وجد معد المقياس أن المحتوى النفسى لعبارات العامل الثالث والرابع يعبر عنها فى العامل الأول والثانى. لذلك اكتفى معد المقياس بثلاث درجات للمقياس وهى الدرجة الكلية، وهى المجموع الكلى لاستجابات الفرد على ٢٢ عبارة ثم درجة العبارات على العامل الأول، ودرجة العبارات على العامل الثانى فقط.

٩ـ قائمة الأنشطة والأحداث السارة إعداد أحمد عبد الخالق، ومحمد نجيب الص

نعرف الأحداث السارة تعريفاً محدداً فنقول" إنها تلك الأنشطة أو
أو الهوايات التى يمارسها الفرد طوعاً، وبخاصة فى أوقات فراغه من ال
الدراسة، ويترتب على ممارسته لها شعوره بالسعادة وبالسرور والرضا.

يقول ريم (١٩٨٨) عن وصف قوائم النشاط وجدواها فى تش
مرضى الاكتئاب وعلاجه وإجراء بحوثه ما نصه: " إن استخدام قوائم الا
فى بحوث الاكتئاب مسألة تستحق الدراسة والتمحيص، برغم
التساؤلات التى تدور حول مدى اعتبار هذه القوائم أدوات ذات قيمة فى
الاكتئاب وقياسه".

وتنطلق هذه القوائم من فكرة نظرية مؤداها " أن الاكتئاب ي
ضمن ما ينطوى عليه من أعراض على نقص فى النشاط العام، ومن ث
هذه القوائم يمكنها بالإضافة إلى قياس النقص فى ممارسة هذه الأ
تقدير الاكتئاب ذاته، وذلك عن طريق إقرار الفرد بنفسه لمدى مم
اليومية للأنشطة المختلفة وقدرته على تسجيلها" والهدف من تصميم
الأحداث السارة هو تقدير كم التدعيم الخارجي الموجب الذى يتلقاه ا
والهدف من استخدامها فى هذه الدراسة مساعدة المريض على اختيار أ
مختلفة ضمن البرنامجين وخاصة برنامج العلاج السلوكى عن طريق الت
الذاتى.

تطبيق الأداة:

طبقت قائمة الأحداث السارة فى صيغتها النهائية فى هذه الدراس
جلسات جماعية، تراوحت أفرادها فى كل منها بين ٣٠،٤٠ طالباً و
وذلك فى أماكن دراستهم وكانت الجلسة تستغرق ما بين ١٥، ٣٠ دقيقة

معاملات الثبات:

حسبت معاملات ثبات قائمة الأحداث السارة لكل من الطلبة (ن=٢٥) والطالبات (ن=٢٥٩) والعينة الكلية (ن=٥٠)، وجرى ذلك باستخدام طريقة التجزئة النصفية، ثم صحح الطول بمعادلة سبيرمان بروان وكان معامل الثبات لدى الطلية=٠,٩٤ والطالبات=٠,٨٨ والمجموعة الكلية=٠,٩٢ وكلها معاملات مرتفعة وقد لجأنا لاستخدام هذه الطريقة برغم علمنا بعدم ملاءمتها تماماً لطبيعة هذه القائمة التى يمثل كل بند فيها نشاطاً مستقلاً عن الآخر٠ وكان الأوفق علمياً استخدام طريقة إعادة الاختبار، ولكننا لم نستطع الحصول على تطبيق آخر، فقام الباحثان باستخدام طريقة القسمة النصفية على أساس أن دافعية النشاط العام التى تعكسها القائمة يمثلها كل بند من بنودها٠

صدق القائمة:

لم يتيسر لنا بعد حساب صدق تلازمى أو تنبئ للقائمة المصرية للأحداث السارة ومع ذلك فإن مثل هذه القوائم (كقائمة مونى للمشكلات) يقدر صدقها عادة على أساس المضمون أو المحتوى ٠ويشير فحص مضمون هذه القائمة إلى أنها تشتمل على بنود تعد ممارستها مجلبة للسرور والسعادة، وذلك كما قررت نسبة غير قليلة من عينة كبيرة الحجم من طلاب الجامعة من الجنسيين٠

جدول المتوسط والانحراف المعياري للدرجة الكلية على قائمة الأنشطة السارة لدى عينة التقنين

	العدد	قائمة الأنشطة السارة لدى الجنسين		قيمة ت*	دلالتها
	ن	م	ع		
الكلية	٢٦٧	٦٣.٥١	٣٢.٤٠	٢.٦٨	٠.٠١
الذكور	١٣٧	٦٧.٩٥	٣١.٩٩		
الإناث	١٣٠	٥٧.٤١	٣١.٩٦		

- ت تكون دالة عند ٠,٠٥ إذا كانت قيمتها، ١,٩٦.
- ت تكون دالة عند ٠,٠١ إذا كانت قيمتها ، ١,٩٤.

خامساً: البرامج المستخدمة فى الدراسة:

تستخدم الباحثة برنامجين لتخفيف الاكتئاب لدى المرضى المترددين علو العيادات الخارجية وهما: برنامج العلاج المعرفى السلوكى وبرنامج العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى وسوف توضح الباحثة هذين البرنامجين فيما يلى:

أولاً: البرنامج الأول (العلاج المعرفى - السلوكى) Cognitive Behavior therapy

تمثل الإستراتيجية العامة فى وضع برنامج يتكون من مجموعة من الإجراءات اللفظية وأساليب تعديل السلوك وهى أساليب تصمم بقصد مساعدة المريض على التعرف على التصورات المحرفة والاعتقادات الخاطئة الكامنة وراء هذه المعارف واختبار مدى واقعيتها وتعميمها.

يؤدى المعالج المعرفى دوراً منشطاً فى مساعدة المريض على التحديد الدقيق لمشكلاته والتركيز على المجالات الهامة واقتراح أساليب معرفية وسلوكية معينة تم تدريبه عليها. وتأخذ معظم التصورات اللفظية للمعالج شكل الأسئلة التى تعكس التوجه الأمبيريقى الأساسى والهدف القريب لتحويل الاعتقادات المغلقة لدى المريض إلى نظام مفتوح.

ويطبق برنامج العلاج المعرفى السلوكى بنظامه الراهن على الحالات الفردية من مرضى الاكتئاب بحيث يتروح عدد الجلسات بين ١٠، ١٢ جلسة، مدة الجلسة الواحدة ساعة إلا ربع تقريباً بمعدل جلستين فى الأسبوع، و تبلغ فترة المتابعة شهرين ونصف وهناك القيام بواجبات منزلية تهدف إلى مساعدته على التعرف على المعارف السلبية والاستجابة لها ويتضمن ذلك تعديل المهارات المعرفية والسلوكية التى تعلمها خلال الجلسات وأن يختبر الفروض.

ويهدف هذا البرنامج إلى إقناع الفرد بأن معتقداته غير منطقية، وتوقعاته وأفكاره السلبية التى يكونها عن المواقف والأشياء والأشخاص هى التى

تسبب له الاكتئاب ويكمن الهدف من هذا العمل فى تعديل إدراكات الفرد المشوهة· والعمل على أن يحل محله طرقاً أكثر منطقية للتفكير.

و هو أيضاً يعمل على تحسين إعادة البناء المعرفى والذى يتضمن تعديلاً للتحيز المنتظم للمريض فى تفسيره لخبرات الحياة الشخصية للقيام بتنبؤات مستقبلية إيجابية.

إن العلاج المعرفى هو خبرة يؤدى فيها المعالج دوراً نشطاً لمساعدة الحالة على الكشف عن التحريفات الإدراكية والافتراضات غير الفعالة وظيفياً وتعديلها·

ولكى يتسنى تحقيق تلك الأهداف السابقة فإن البرنامج يشتمل على المكونات والإجراءات العلاجية، وهى إجراءات لابد من إتباعها بالترتيب وتوضحها الباحثة فيما يلى:

يركز العلاج المعرفى على:

١- إنقاص نشاط المخططات المسيطرة والمصابة بخلل وظيفى ومساندة الوظائف التوازمية.

٢- تشجع المريض على فحص العوامل الداخلية: الأفكار والدوافع والمشاعر التى تسهم فى قيام الإضطراب·

٣- تشجع المريض على الكشف عن المعانى التى ينسبها إلى الأحداث المزعجة فضلاً عن التعرف على الأفكار التلقائية.

أ- التعرف على الأفكار التلقائية·

ب- التعرف على التحريفات الادراكية وتصحيحها.

جـ- التعرف على الاعتقادات والافتراضات العريضة الكامنة وراء المعارف المصابة بخلل وظيفى.

١- تقديم تفسير معرفى سلوكى للاكتئاب:

ففى هذه الخطوة يتم تقديم صورة للمرضى عن أن الأفكار الخاطئة التى يعتقد فيها تؤدى دوراً هاماً فى توجيه سلوكه وإثارة انفعالاته، ولإقناع العملاء بذلك يسوق لهم المعالج عدداً من الأمثلة التى توضح أن المعتقدات الخاطئة هى التى تسبب الاضطرابات النفسية وتوضح هذه الأمثلة دور كل من المكون المعرفى والمكون السلوكى فى إحداث الإكتئاب.

٢- تدريب المريض على مهارات إعادة البناء المعرفى:

فى هذه الخطوة، تقوم المعالجة بتعليم المريض كيفية تحديد وتحليل ومناقشة الفكرة المشكلة باستخدام تمرينات وأدوات محددة لذلك مثل: قائمة الأفكار السلبية، وسجل بيك اليومى لتسجيل الأفكار الخاطئة وقائمة القصور الوظيفى للاتجاهات، وبعد أن يقتنع المريض بخطأ أفكاره، يدرب على كيفية تنمية استجابات منطقية أكثر لتلك الأفكار على تلك الأدوات.

٣- استخدام إجراءات إعادة البناء المعرفى [كالتى ذكرت فى الخطوة الثانية]:

فى هذه الخطوة يتم تدريب المريض على استخدام ما يسمى بمقياس الوحدات الذاتية للاضطراب (subject units disorders scale (SUDS قبل وبعد المواقف. وفى هذا المقياس الذاتى، يقدر الفرد مدى انفعاله، أو مدى اعتقاده فى الفكرة الخاطئة أو مدى اعتقاده فى الاستجابة المنطقية، على مدرج من صفر- ١٠٠ قبل وبعد الموقف، وبالطبع تقديره لاضطرابه أو اعتقاده فى الفكرة الخاطئة يكون مرتفعاً، ثم مع مزيد من التدريب وتنمية الاستجابات المنطقية ينخفض تقديره لكل من التوتر والأفكار الخاطئة ويزداد تقديره للاستجابة المنطقية ويظل المعالج بالاشتراك مع المريض فى تقديم المزيد من المداخل المنطقية حتى تأخذ الاستجابة لمنطقية درجة ١٠٠ والفكرة الخاطئة تأخذ درجة صف وهذا المقياس هو محور سجل بيك اليومى للأفكار الخاطئة.

٤- إعطاء المرضى واجبات منزلية:

وفيها يعيش المرضى فى مواقف اجتماعية واقعية وبصفة خاصة فى المواقف التى تسبب لهم حزناً، وذلك بعد أن تعلموا أيضاً التطبيق الذاتى لإعادة البناء المعرفى بطريقة روتينية قبل وبعد إتمام الواجبات المنزلية مستخدمين فى ذلك سجل بيك اليومى للأفكار الخاطئة. ويجب على المعالج أن يعطى المريض تعليمات أداء الواجب المنزلى مكتوبة .

الجلسات

الجلسة الأولى:

١- عرض توقعات المريض عن العلاج النفسى عامة وعن توقعاته بالنسبة لعلاجه الخاص.

٢- مراجعة استجاباته على قائمة بيك للاكتئاب لتبين الاستجابات التى تصاحب فترة التطبيق حتى إجراء الجلسات.

٣- إقامة ثقة وألفة بين المريض والمعالج والعلاج وذلك بشرح أسس العلاج النفسى عامة والعلاج السلوكى المعرفى خاصة.

٤- شرح الأساس المنطقى للعلاج المعرفى - السلوكى "باللغة العامية".

٥- إعطاء المريض كتيب التغلب على الاكتئاب الذى يبين دور المعرفة فى تسبب اضطرابات الوجدان والسلوك وتدريبه على تسجيل أفكاره السالبة كواجب منزلى.

الجلسة الثانية:

١- عرض أعراض الاكتئاب.

٢- عرض تسجيل الأفكار وتعليقات المفحوص على كتيب "التغلب على الاكتئاب".

٣- تدريب المفحوص (المريض) على إقامة جدول الأنشطة اليومية والاستمر
في مراقبة الأفكار (واجب منزلي. (

الجلسة الثالثة:

١- عرض جدول النشاط.

٢- عرض المواقف التى تسببت فى الانفعالات المكدرة لدى المريض.

٣- مواصلة استنباط الأفكار المتعلقة بالحزن.

٤- تحليل المعارف أثناء فترات الحزن واللامبالاة وذلك بإعطائه قائم
بالاتجاهات والافتراضات التى تجعل الأفراد عرضة للحزن والاكتئاب
(واجب منزلى (

الجلسة الرابعة:

١- مناقشة المعارف النوعية المتخصصة المتصلة بالوجدان الكدر.

٢- عرض أعراض الاكتئاب.

٣- تسجيل التحريفات المعرفية الشائعة بعد إعطائه قائمة بها لتساعده على
تحديد المعارف المحرفة (واجب منزلى).

الجلسة الخامسة:

١- مناقشة التحريفات المعرفية وتحديد الموضوعات والاحتمالات المهمة بها.

٢- عرض أعراض الاكتئاب.

٣- الاستمرار فى تسجيل الأفكار السلبية الشائعة لدى مرضى الاكتئاب
لتوجيه المريض نحو تحديدها لديه (واجب منزلى)٠

الجلسة السادسة:

١- عرض المعارف وبخاصة الأعراض الاكتئابية.

٢- مناقشة الأفكار المتعلقة بتلك الاتجاهات.

٣- الاستمرار فى إعادة تعريف الأخطاء المعرفية واستعراض التفسيرات البديلة نحو الأفكار التلقائية السالبة (واجب منزلى).

الجلسات السابعة إلى العاشرة:

١- عرض التفسيرات البديلة للمريض.

٢- عرض أعراض الاكتئاب.

٣- مواصلة الاستجابة للأفكار الإيجابية (واجب منزلى).

الجلسة الحادية عشرة - إلى الثانية عشرة:

١- عرض أعراض الاكتئاب مع التركيز على الافتراضات الضمنية.

٢- عرض أنشطة المريض.

٣- مناقشة الأهداف المستقبلية بتفصيل أكثر والتركيز على المسئوليات العامة.

٤- كتابة تقرير عن الجلسات العلاجية.

ثانياً: برنامج العلاج السلوكى (نموذج التحكم الذاتى)

Behavior Therapy (Self Control Model)

هدف البرنامج:

تعديل التشوهات الحادثة فى الجوانب المختلفة لعملية التحكم الذاتى فى السلوك.

مراحل البرنامج:

يقترن ذلك بالتدريب على أنشطة سلوكية يومية محددة· ويساعد ذلك على ممارسة هؤلاء المرضى للتحكم الذاتى فى سلوكهم على نحو أفضل للتخلص من المشاعر الاكتئابية.

١- مناقشة جوانب الخلل فى مراقبة الذات وإعطاء واجب منزلى يتمثل فى ملاحظة الأحداث والأنشطة الإيجابية والقيام بها والتى ترتبط بقيم تدعيمية معينة مباشرة أو عاجلة

٢- مناقشة جوانب الخلل فى تقييم الذات حيث يستخدم المفحوص البيانات التى حصل عليها من خلال جداول مراقبة الذات فى تحديد أهداف معينة وإجراءات سلوكية محددة ممكنة التحقق· ويمكن للمكتئبين فى هذه الحالة التوصل إلى أهداف حقيقية وممكنة الحدوث، ثم تقسيمها بعد ذلك إلى أهداف فرعية سهلة التحقق فى مراحل متتالية ·

٣- مناقشة جوانب الخلل فى تدعيم الذات حيث يحاول المكتئبين وضع برامج ذاتية منظمة للتدعيم بحيث تتمثل هذه البرامج الذاتية فى كل من التدعيم الذاتى الظاهر والضمنى الذى يقدمه المكتئب لنفسه عند إجراء وتحقيق الأهداف الفرعية.

اهمية البرنامج:

تقع اهمية هذا البرنامج فى المظاهر الآتية: -

١- إنه يستند إلى نظرية جديدة وهى نظرية التحكم الذاتى فى السلوك وبالتحديد نموذج التحكم الذاتى لدى المكتئبين.

٢- يمكن تطبيق هذا البرنامج بصورة فردية أو جماعية.

٣- إنه يلقى بالعبء الأكبر فى الشفاء وتعديل السلوك على المكتئبين أنفسهم بالرغم من الصعوبة البالغة فى ذلك، ويتم هذا من خلال الواجبات المنزلية اليومية التى تتبع فى كل جلسة يحضرها المكتئب وذلك يجعل هؤلاء الأفراد يشعرون بأى تحسن تدريجى مهما كان بسيطاً وبالتالى يتيح لهم الفرصة فى إقامة علاقات جديدة مرة أخرى مع أنفسهم، وإعادة النظر فى الأحداث البيئية والاجتماعية من حولهم وإقامة العلاقات الإيجابية وإمكانية التعامل والتفاعل الإيجابي بدلاً من الانسحاب منها والإحساس بالعجز والفشل أمامها •

٤- ينطلق البرنامج من فكرة أساسية هى أنه عند اعتناق الفرد للأفكار الجديدة التى تتضمنها جلسات البرنامج ثم البدء فى ممارسة السلوك فى ضوء تلك الأفكار كترجمة لها حيث يتبع هذا الأسلوب آثار نفسية إيجابية معينة يلمسها الفرد وتمكنه من السيطرة على مشاعره وانفعالاته الإكتئابية من خلال ممارسته لتلك السلوكيات وما يتبعها من آثار.

٥- بعد انتهاء جلسات البرنامج كلها يكون الفرد قد اكتسب فنية التعامل مع استمارات البرنامج مرة أخرى وبذلك يكتسب الفرد القدرة على الخروج بمفرده مرة أخرى من تلك الحالة والتغلب على هذه الظروف دون الرجوع مرة أخرى إلى الأخصائى النفسى إلا فى حدود الاستشارات.

٦- بانتهاء جلسات البرنامج يكون الفرد قد تعلم وأتقن مهارات التحكم الذاتى فى السلوك بصورة صحيحة كما يساعده ذلك على زيادة تمكنه من التحكم الذاتى فى انفعالاته.

وصف البرنامج:

يطبق البرنامج فى سبع جلسات جماعية أو (فردية) بمعدل جلسة واحدة فى كل أسبوع يقوم فيها المعالج بعرض ومناقشة الجوانب العقلية لكل جلسة مع المكتئبين وفى نهايتها بعرض الواجبات والمهام المنزلية التى يتحتم على كل فرد القيام بها لحين حضور موعد الجلسة القادمة الجلستين الأولى والثانية تهدف إلى تعديل جوانب التشوه المعرفى والقصور فى عملية مراقبة الذات self monitoring، والجلستين الثالثة والرابعة تهدف إلى تعديل جوانب التشوه المعرفى والقصور فى عملية تقييم الذات self evaluation والجلستين الخامسة والسادسة تهدف إلى تعديل جوانب التشوه المعرفى والقصور فى عملية تدعيم الذات Self Reinforcement

الجلسة الأولى

تهدف هذه الجلسة إلى:

١- إتاحة الفرصة لكل مريض أن يعرض المشكلة.

٢- تعريف المرضى بالإطار العام للتحكم الذاتى فى السلوك وتفسير مشكلاته فى ضوء ذلك.

٣- عرض الجوانب العقلية Rational لمراقبة الذات الخاصة بهذه الجلسة حيث توضح الباحثه للمريض:

١- كيف أن مزاج الفرد يرتبط بالأنشطة الإيجابية التى يقوم بها.

٢- كيف أن المكتئب يفشل فى إبداء العناية تجاه الأنشطة الإيجابية.

٣- كيف أن المكتئب يميل إلى التركيز على النتائج المباشرة لأنشطته فى مقابل إهمال الأنشطة ذات النتائج البعيدة المدى.

٤- كيف أن المكتئب يميل إلى الانتباه الانتقائي للسلبيات والنتائج السلبية لسلوكه والآخرين.

٥- كيف أن اكتساب مهارة التحكم فى الأنشطة الإيجابية والعمل على زيادتها سوف يساعد المكتئب على التغلب على ما لديه من اكتئاب.

ثم تناقش الباحثة تلك النقاط السلبية مع المريض وتشرح له طريقة تقديره من خلال ممارسة إجراءات التمرين الأول، ثم يتم تقديم استمارة للمريض وتفسير طريقة التعامل مع هذه الاستمارات خلال أيام الأسبوع القادم لحين موعد الجلسة القادمة.

الجلسة الثانية

وتهدف هذه الجلسة إلى:

١- إتاحة الفرصة لكل مريض أن يذكر ما سجله فى الاستمارات الخاصة بالتمرين الأول ومناقشة المريض فى المشكلات التى تكون قد اعترضته أثناء تطبيق هذا التمرين خلال الأسبوع السابق.

٢- عرض الجوانب العقلية لهذه الجلسة حيث توضح الباحثة للمريض:

(أ) أهمية فكرة أن المزاج يرتبط بالنشاط الفردى وذلك من خلال رسم صورة المزاج والنشاط

(ب) أن المكتئب يميل إلى التركيز على النتائج المباشرة لأنشطته فى مقابل إهمال الأنشطة ذات النتائج بعيدة المدى.

ثم تناقش الباحثة تلك النقاط السابقة مع المريض وتشرح له طريقة تعديلها من خلال ممارسة إجراءات التمرين السابق الثاني والثالث، ثم يتم تقديم استمارات التمارين الأول والثاني والثالث للمريض وتفسير طريقة التعامل مع هذه الاستمارات خلال أيام الأسبوع القادم لحين موعد الجلسة القادمة.

الجلسة الثالثة

وتهدف هذه الجلسة إلى

١- إتاحة الفرصة لكل مريض أن يذكر ما سجله في الجداول والاستمارات الخاصة في الأسبوع السابق ومناقشة المريض في المشكلات التي تكون قد اعترضته أثناء الأسبوع السابق.

٢- عرض الجوانب العقلية لهذه الجلسة حيث يوضح الباحث للمريض:

أ) كيف أن المكتئب يميل إلى اختيار محكات صارمة لتقييم سلوكه.

ب) كيف أن المكتئب دائما ما يختار أهداف غير ممكنة التحقيق (صعبة ومبالغ فيها) وانه دائما ما ينظر إلى أن ما حققه من أهداف وما فعله من سلوك أقل دائماً من تلك الأهداف الأصلية التي كان يرغب في تحقيقها وبالتالي فهو ما ينظر إلى نفسه على أن سلوكه الحقيقي دائماً أقل شأناً مما كان يرغب وبالتالي فهو يبدأ في تحقير نفسه ويتهم نفسه دائماً بأنه أقل من الآخرين في أشياء كثيرة.

ثم تناقش الباحثة تلك النقاط السابقة مع المريض وتشرح له طريقة تعديلها من خلال ممارسة إجراءات التمرين الرابع، ثم يتم تقديم استمارات التمارين الأول والثاني والثالث والرابع للمريض وتفسير طريقة التعامل مع هذه الاستمارات خلال أيام الأسبوع القادم لحين موعد الجلسة القادمة.

الجلسة الرابعة

وتهدف هذه الجلسة إلى:

١- إتاحة الفرصة لكل مريض أن يذكر ما سجله فى الجداول والاستمارات الخاصة بالأسبوع السابق ومناقشة المريض فى المشكلات التى تكون قد اعترضته أثناء الأسبوع السابق.

٢- عرض الجوانب العقلية لهذه الجلسة حيث توضح الباحثة للمريض كيف أن المكتئب يميل إلى التقييمات غير الصحيحة لما يصل إليه من نجاح أو فشل ولديه تشوه معرفى يظهر فى صورة التحديد غير الصحيحة للمسئولية الذاتية تجاه النجاح والفشل حيث أنه دائما ما يعتقد أن أى نجاح يحرزه قد يرجع إلى الصدفة أو الظروف كما أنه غير محتمل الحدوث مرة أخرى، كما أنه نجاح جزئى ولا يعتبر ذو دلالة لما كان يرغب الفرد فى تحقيقه فى حين أن أى فشل يحدث لدى المكتئب إنما يرجع إلى الفرد نفسه فقط حتى ولو كان هذا غير صحيح - كما أنه يمثل تكراراً لكثير من النتائج التى لا يصل إليها الفرد، ثم تناقش الباحثة تلك النقطة مع المريض وتشرح له طريقة تعديلها من خلال ممارسة إجراءات التمرين الخامس، ثم يتم تقديم استمارات التمارين الأول والثانى والثالث والرابع والخامس للمريض وتفسير طريقة التعامل مع هذه الاستمارات خلال أيام الأسبوع القادم لحين موعد الجلسة القادمة.

الجلسة الخامسة

وتهدف هذه الجلسة إلى:

١- إتاحة الفرصة لكل مريض أن يذكر ما سجله فى الجداول والاستمارات الخاصة بالأسبوع السابق، ومناقشة المريض فى المشكلات التى تكون قد اعترضته أثناء الأسبوع السابق.

٢- عرض الجوانب العقلية لهذه الجلسة حيث توضح الباحثة للمريض:

أ) أن السلوك بصفة عامة تحكمه المكافأة والعقاب.

ب) أن المكتئب يميل إلى عقاب نفسه بوفرة شديدة ومكافأة نفسه بمعدلات منخفضة جداً.

ثم تناقش الباحثة تلك النقاط السابقة مع المريض وتشرح له طريقة تعديلها من خلال ممارسة إجراءات التمرين السادس، ثم يتم تقديم استمارات لتمارين الأسبوع الأول والثاني والثالث والرابع والخامس والسادس، وتفسير طريقة التعامل مع هذه الاستمارات خلال أيام الأسبوع القادم لحين موعد الجلسة القادمة.

الجلسة السادسة

وتهدف هذه الجلسة إلى:

١- إتاحة الفرصة لكل مريض أن يذكر ما سجله فى الجداول والاستمارات الخاصة بالأسبوع السابق ومناقشة المريض فى المشكلات التى تكون قد اعترضته أثناء الأسبوع السابق.

٢- عرض الجوانب العقلية لهذه الجلسة حيث توضح الباحثة للمريض:

أ- أن المكافأة الذاتية أو العقاب الذاتى ممكن أن يتم كلاهما إما بصورة سرية (معنوية) أو بصورة علنية (مادية (٠

ب- أن المكتئب يميل إلى عقاب نفسه بشكل معنوى وبوفرة وعدم مكافأة نفسه مكافأة معنوية إلا نادراً.

٢- أن تدريب هؤلاء المرضى على تقديم المكافأة الذاتية السرية (المعنوية) لأنفسهم بشكل مناسب بطريقة جيدة وفى نفس الوقت امتلاكهم من العقاب الذاتي - السري (المعنوي) بدرجة كبيرة، يساعدهم على المزاج المكتئب.

ثم تناقش الباحثة تلك النقاط السابقة مع المريض وتشرح له طريقة تعديلها من خلال ممارسة إجراءات التمرين السادس، ثم يتم تقديم استمارات التمارين الأول والثاني والثالث والرابع والخامس والسادس والسابع وتفسير طريقة التعامل مع هذه الاستمارات خلال أيام الأسبوع القادم لحين موعد الجلسة القادمة.

الجلسة السابعة

وتهدف هذه الجلسة إلى:

١- إتاحة الفرصة لكل مريض أن يذكر ما سجله فى الجداول والاستمارات الخاصة بالأسبوع السابق ومناقشة المريض فى المشكلات التى تكون قد اعترضته أثناء الأسبوع السابق.

٢- تقديم عرض ملخص وسريع للمريض عن البرنامج السابق فى صورة مراجعة على إجراءات الجلسات السابقة كلها ومناقشة سريعة للنقاط التى وردت بكل جلسة على حدة .

سادساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة فى الدراسة:

استخدمت الباحثة عدداً من الأساليب الإحصائية لبرنامج)SPSS للعلوم الإحصائية الاجتماعية) لمجانسة مجموعات الدراسة الثلاثة مجموعة العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير معاً، ومجموعة العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً، والمجموعة الضابطة مجموعة العلاج بالعقاقير فقط، لكل متغيرات الدراسة فى القياس القبلى (أى قبل تطبيق البرامج المستخدمة فى الدراسة) والقياس البعدى (بعد تطبيق العلاج مباشرة) قياس المتابعة (بعد بالعلاج بشهرين) (موضوع الدراسة)، قامت الباحثة باستخدام مجموعة أخرى من الأساليب الإحصائية، لمعالجة نتائج الدراسة واختيار صدق فروضها .

وفيما يلى توضح الباحثة الأساليب الإحصائية المختلفة التى استخدمها فى البحث الحالى، والغرض الذى من أجله استخدم تلك الأساليب .

١- تم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لمجموعات الدراسة الثلاث فى ثلاثة قياسات (القبلى، القياس البعدى، المتابعة) وقد استخدمت ذلك فى المعالجة الوصفية لنتائج الدراسة وأيضاً فى التمثيل البيانى لمتغيرات الدراسة وأيضاً فى حساب قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطات للعينات المستقلة.

٢- استخدمت الباحثة معادلة " ت" للعينات لمعرفة دلالة واتجاه الفروق بين مجموعات الدراسة الثلاثة فى كل من القياسين البعدى (بعد العلاج مباشرة) والمتابعة (بعد العلاج بشهرين) على متغيرات الدراسة.

٣- استخدمت الباحثة تحليل التباين لثلاث مجموعات، كطريقة أخرى للتأكد من تجانس مجموعات الدراسة الثلاث.

٤- استخدمت الباحثة تحليل التباين للقياسات المتكررة وذلك لمعرفة ما إذا كانت توجد فروق إحصائيا بين مجموعات الدراسة التجريبية فى القياسين البعدى (بعد العلاج مباشرة) والمتابعة (بعد العلاج بشهرين) للتأكد من استمرارية فعالية البرامج المستخدمة فى الدراسة .

الفصل الخامس

نتائج الدراسة ومناقشتها

مقدمة

تناولت الباحثة فى دراستها الحالية "العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير معاً والعلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً والعلاج بالعقاقير فقط لدى مرضى الاكتئاب المترددين على العيادات الخارجية".

وذلك بهدف التحقق بالتجربة من مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى والعلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى هذا من ناحية، من ناحية أخرى تهدف أيضاً إلى الوقوف على ما إذا كانت هناك فروق بين تلك البرامج العلاجية فى تأثيرها على الاكتئاب، وأخيراً معرفة إلى أى مدى تستمر تلك التأثيرات بعد العلاج.

وقد قامت الباحثة باستعراض العلاج المعرفى السلوكى من حيث تعريفه وأسسه النظرية وفنياته المختلفة كهدف فى هذه الدراسة كما اتضح ذلك بالفصل الثانى من الاطار النظرى ثم قامت الباحثة باختبار مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير معاً والعلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً فى علاج مرضى الاكتئاب. كهدف آخر فى هذه الدراسة وذلك عن طريق تصميم تجريبى تكون من مجموعة تجريبية (١) عددها ١٠ يعانون من مرضى الاكتئاب والمتغير المستقل فيها العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير معاً ومجموعة تجريبية (٢) عددها ١٠ من مرضى الاكتئاب والمتغير المستقل فيها العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً ومجموعة ضابطة وعددها ١٠ من مرضى الاكتئاب والمتغير المستقل فيها العلاج بالعقاقير فقط.

وذلك بالإضافة إلى التقارير الذاتية للمرضى بعد العلاج وفى متابعة العلاج فهذا سوف تعرض الباحثة إجراءات الجلسات ممثلة فى حالتين لكل برنامج من العلاجين. وبعد استعراض المفاهيم الأساسية والنظرية فى العلاج

المعرفى السلوكى والدراسات السابقة والقيام بتجربة الدراسة بالتحقق من فاعلية العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير معاً والعلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً والعلاج بالعقاقير فقط فى علاج مرضى الاكتئاب.

ولكى تتمكن الباحثة من التحقق من صحة الفروض فإنها سوف تناولها بالترتيب التالى:

١- كتابة صيغة الفرض.

٢- نتائج هذا الفرض بصورتها المجردة ثم وصف تلك النتائج.

٣- بعد أن تفرغ الباحثة من اختبار صحة الفروض كلها سوف تعلق تعليقاً عاماً على نتائج الدراسة.

الفروض الحالية:

١- يمكن خفض الاكتئاب لدى عينة الدراسة العلاجية لمرضى الاكتئاب وذلك عن طريق البرامج العلاجية الثلاثة (العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير معاً، والعلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً، العلاج بالعقاقير فقط) وذلك فى القياسات المتكررة القبلى (قبل البرنامج، البعدى الأول (بعد العلاج)، البعدى الثانى (فترة متابعة بعد العلاج بشهرين).

٢- يمكن خفض الاكتئاب لدى عينة الدراسة العلاجية لمرضى الاكتئاب وذلك عن طريق (العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير معاً) فى القياسات المتكررة القبلى (قبل العلاج)، البعدى الأول (بعد العلاج)، البعدى الثانى (فترة متابعة بعد العلاج بشهرين).

٣- يمكن خفض الاكتئاب لدى عينة الدراسة العلاجية لمرضى الاكتئاب وذلك عن طريق (العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير

معاً) فى القياسات المتكررة القبلى (قبل البرنامج، البعدى الأول (بعد العلاج)، البعدى الثانى (فترة متابعة بعد العلاج بشهرين).

٤- يمكن خفض الاكتئاب لدى عينة الدراسة العلاجية لمرضى الاكتئاب وذلك عن طريق (العلاج بالعقاقير فقط) فى القياسات المتكررة القبلى (قبل البرنامج)، البعدى الأول (بعد العلاج)، البعدى الثانى (فترة متابعة بعد العلاج بشهرين).

يبقى أن نعرض نتائج الإحصاء التحليلى ونحاول ابراز ما يمكن أن تنطوى عليه هذه النتائج من معان ودلالات سيكولوجية، ومحاولة تفسير هذه النتائج فى ضوء ما أتيح لنا الإطلاع عليه من دراسات وقراءات مختلفة، وقبل الدخول فى عرض نتائج الإحصاء التحليلى، يجدر بالباحثة أن تعرض نتائج الإحصاء الوصفى، والذى يشتمل على المتوسطات والانحرافات المعيارية لجميع المتغيرات (بروفيل الاكتئاب) فى القياسات المتكررة (القبلى - البعدى١- البعدى ٢) لمجموعات الدراسة الثلاثة (مجموعة العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير معاً ومجموعة العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً ومجموعة العلاج بالعقاقير فقط) على النحو الموضح بجدول (١)

حيث اتضح أنه (١) أنه بالنسبة للقياس القبلى على وجود تقارب فى متوسطات درجات بروفيل الاكتئاب فى الدراسة لدى المجموعات الثلاثة. أما فى القياس البعدى الأول (بعد العلاج)، يلاحظ وجود فروق كبيرة بين متوسطات تلك الأبعاد، وبصفة خاصة بين المجموعة الضابطة (العلاج بالعقاقير فقط) وكل من المجموعتين التجريبيتين (العلاج المعرفى السلوكى العقاقير معاً ومجموعة العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً) .

ويتضح أيضا (١) أنه بالنسبة للقياس القبلى يوجد تقارب فى متوسطات درجات متغيرات الدراسة لدى المجموعات الثلاثة.أما فى القياس البعدى الأول، يلاحظ وجود فروق بين متوسطات تلك الأبعاد، وبصفة خاصة بين المجموعة

الضابطة وكل من المجموعتان التجريبيتيان. أما فى القياس البعدى الثانى (بعد العلاج بشهرين متابعة)، والذى أجرى بعد فترة متابعة بلغت شهرين فقد كشفت متوسطات الدرجات فى ذلك القياس عن استمرارية فى تحسن معظم المتغيرات حيث زادت تلك المتوسطات قليلاً عن القياس البعدى الأول (بعد العلاج) وذلك فى متغيرات الأفكار الإيجابية، كما زادت متوسطات التحكم الذاتى الكلى بأبعاده الستة وتقدير الذات ببعديه. كما تناقصت متوسطات درجات بيك للاكتئاب والأفكار السلبية والقصور الوظيفى للاتجاهات، تلك الاختلافات فى المتوسطات فى القياس البعدى الثانى (بعد العلاج بشهرين متابعة) مقارنة بمثيلاتها فى القياس البعدى الأول (بعد العلاج)، تشير بصفة مبدئية إلى نجاح العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير معاً، والعلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً فى تخفيف الاكتئاب وتحسين الجوانب السلوكية والمعرفية المصاحبة لها. وذلك فى الوقت الذى لم تتحسن فيه المجموعة الضابطة والتى لم تتلق أى تدريبات، بل إنها قد ازدادت تدهوراً أكثر مما كانت عليه فى القياس القبلى (قبل العلاج) ليس فى كل المتغيرات كما يتضح من التمثيل البيانى كما فى الوعي بالذات.

لمزيد من توضيح وصف النتائج، فقد قامت الباحثة بعمل تمثيل بيانى لقيم متوسطات المتغيرات التابعة لدى مجموعات الدراسة الثلاثة (مجموعتان تجريبتين - مجموعة ضابطة) خلال القياسات المتكررة الثلاثة (قياس قبلى - وقياس بعدى أول- وقياس بعدى تانى) وتوضح الأشكال من (١- ١٣) تلك الرسوم البيانية على النحو المشار إليه.

من دراسة الأشكال من (١- ١٣) يتضح للوهلة الأولى أن هناك فروق بين متوسطات المجموعتان التجريبيتان والمجموعة الضابطة فى القياسين البعدى الأول (بعد العلاج) والبعدى الثانى (بعد العلاج بشهرين متابعة)، ويلاحظ أن متوسطات المجموعة الضابطة قد ازدادت بدرجة ملحوظة عن متوسطات المجموعة التجريبية فى القياس الثانى والثالث فى المتغيرات التى تدل

على زيادة نى الدرجة فيها على عدم السواء النفسى، وهى متغيرات:
للاكتئاب الأفكار السلبية، والقصور الوظيفى للاتجاهات) وبالعد
فإن متوسطات المجموعة الضابطة قد انخفضت بدرجة ملحوظة فى الق
البعدى الأول (بعد العلاج) والبعدى الثانى (بعد العلاج بشهرين متابع
متوسطات الجوعتان التجريبتان فى المتغيرات التى يدل ارتفاع الدرجة فيه
السواء النفسى، وهى متغيرات: الأفكار الايجابية، التحكم الذاتى ا
بكل أبعاد الستة، ومقياس تقدير الذات ببعديه (الثقة الذات وتوقير الذا

وعموماً، فإن الإحصاء الوصفى لا يمكن أن يؤكد على مدى
تأثيرات تلك البرامج، كما لا يمكن بالضبط معرفة ما إذا توجد فرو
بين المجموعات موضع الدراسة فى المتغيرات التابعة، لذلك فلابد من
الإحصاء التحليلى كى تتمكن الباحثة من اختبار صحة الفروض بدقة. و
من عرض نتائج الإحصاء الوصفى العام إلى مناقشة تفاصيل النتائج فى
الفروض سالفة الذكر والتحقق من صحتها.

١- يمكن خفض الاكتئاب لدى عينة الدراسة العلاجية لمرض الا
وذلك عن طريق البرنامج العلاجى المعرفى السلوكى والعقاقي
لمتغيرات بروفيل الاكتئاب فى القياسات المتكررة القبلى (قبل ا
البعدى الأول (بعد العلاج) البعدى الثانى (بعد العلاج بشهرين متابع

جدول (٢) (ف) للقياسات المتكررة لبروفيل اللاكتئاب

لمجموعة العلاجية الأولى[١] بين القياسات القبلى والبعدى الأول والبعدى الثاني

المقاييس	مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسطات التباين	ف المحسوبة	الدلالة
بيك للاكتئاب	١	٢٢٨١.٦٧	١١٤٠.٨٣		
	٢	٥١.٨٠	١.٩٢	٥٩٤.٦٤	دالة
	٣	٢٣٣٣.٤٧			
الأفكار السلبية	١	٤٠١٨.٠٧	٢٠٠٩.٠٣		
	٢	٦٤٦.٩٠	٢٣.٩٦	٨٣.٨٥	دالة
	٣	٤٦١٤.٩٧			
الأفكار الايجابية	١	١٩٨٤.٢٠	٩٩٢.١٠		
	٢	٤٧٠.٦٠	١٧.٤٣	٥٦.٩٢	دالة
	٣	٢٤٥٤.٨٠			
القصور الوظيفى للاتجاهات	١	١٣٩٠٧.٢٧	٦٩٥٣.٦٣		
	٢	٣٠٨٢.٦٠	١١٤.١٧	٦٠.٩١	دالة
	٣	١٦٩٨٩.٨٧			
التحكم الذاتى الكلى	١	٢٢٨٠.٦٠	١١٤٠.٣٠		
	٢	١٠٩٥.٧٠	٥٩.١٠	١٩.٢٩	دالة
	٣	٣٨٧٦.٣٠			
الرؤية الانتقائية الإيجابية للذات	١	١٥٣٠.٢٠	٧٦٥.١٠		
	٢	١٠٣٦.٥٠	٣٨.٣٩	١٩.٩٣	دالة
	٣	٢٥٦٦.٧٠			
مقاومة الذات للإحباط	١	٨٤٩.٨٠	٤٢٤.٩٠		
	٢	١٧٥.٤٠	٦.٤٩٦	٦٥.٤١	دالة
	٣	١٠٢٥.٢٠			
الحث الذاتى	١	١١٦٣.٤٠	٥٨١.٧٠		
	٢	٣٠٦.١٠	١١.٣٤	٥١.٣١	دالة
	٣	١٤٦٩.٥٠			
التقويم الذاتى	١	٧٥٦.٢٠	٣٧٨.١٠		
	٢	١٠٤.١٠	٣.٨٦	٩٨.٠٧	دالة
	٣	٨٦٠.٣٠			
الوعى بالذات	١	١٩٢٦	٩٦٣.٣٣		
	٢	٢٦٨.٨٠	٩.٣٦	٩٦.٧٦	دالة
	٣	٢١٩٥.٤٧			

(١) المجموعة العلاجية الأولى: (العلاج المعرفي السلوكي والعقاقير معًا).

المقاييس	مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسطات التباين	ف المحسوبة	الدلالة
تقدير الذات الكلية	١ ٢ ٣	٣٠١٣.٤٠ ٣١٩٦.١٠ ٦٢٠٩.٥٠	١٥٠٦.٧٠ ١١٨.٣٨	١٢.٧٣	دالة
توقير الذات	١ ٢ ٣	١١٥٤.٠٧ ٨٨٨.٩٠ ٢٠٤٢.٩٧	٥٧٧.٠٣ ٣٢.٩٢	١٧.٥٢٧	دالة
الثقة بالذات	١ ٢ ٣	٨١٤٠.٤٦ ٣١٥.٧٠ ٤١٣٠.١٧	٤٠٧.٢٣ ١١.٦٩	٣٤.٨٣	دالة

وبالنظر فى الجدول السابق يتضح لنا وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠١ بين القياسات الثلاثة لمتوسط درجات أفراد المجموعة العلاجية التى تتلقى العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير معاً فى القياسين البعدى الأول (بعد العلاج) والبعدى الثانى (بعد العلاج بشهرين متابعة) وهذه الفروق فى صالح القياس البعدى الثانى مما يؤكد النتائج السالفة بتغيير وتعديل المعتقدات والأفكار الغير منطقية باستبدالها بمعتقدات وأفكار منطقية وعقلانية واستمرارية فاعلية العلاج المعرفى السلوكى وهذا مما يترتب عليه خفض الاكتئاب.

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب قيمة "ت" لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على المتغيرات لبروفيل الاكتئاب وكما يتضح من الجدول التالى:

أ- مقارنة بين متوسطى درجات أفراد المجموعة العلاجية الأولى التى تلقت العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير معاً للقياسين القبلى (قبل العلاج)، والبعدى الأول (بعد العلاج).

جدول (٣) (ت) الفروق لبروفيل الاكتئاب بين المجموعة العلاجية الأولى فى القياس القبلى والبعدى الأول

المتغيرات	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الخطأ المعيارى للفروق	ت المحسوبة	الدلالة
بيك للاكتئاب	١٨.٥٠	٢.٢٤	٠.٧٠	٢٦.٣١	**دالة
الأفكار السلبية	٢٤.٥٠	٧.٣٥	٢.٣٣	-١٠.٤٣	**دالة
الأفكار الإيجابية	-١٠.١٧	٥.٢٨	١.٦٧	١٠.٥٤	**دالة
القصور الوظيفى للاتجاهات	٤٤.٨٠	١٢.٦٧	٤.٠٠	١١.١٩	**دالة
التحكم الذاتى الكلى	١٩.٢٠	٧.٧٦	٢.٤٥	-٧.٨٣	**دالة
الرؤية الانتقائية للذات	-١٥.١٠	١٠.١٧	٣.٢٢	-٤.٧٠	**دالة
مقاومة الذات للإحباط	-١١.٨٠	٤.٤٧	١.٤١	-٨.٣٥	**دالة
الحث الذاتى	-١٣.٠٠	٤.٧١	١.٤٩	-٨.٧٢	*دالة
التقويم الذاتى	-١٠.٦٠	١.٠٨	٠.٣	-٣١.١٨	**دالة
الوعى بالذات	-١٧.٠٠	٣.٨٦	١.١٦	١٤.٦٥	**دالة
تقدير الذات الكلية	-١٧.٩٠	١٨.٧٦	٥.٩٣	-٣.٠٢	**دالة
توقير الذات	-١٣.٤٠	٨.٦١	٢.٧٢	-٤.٩٢	**دالة
الثقة بالذات	-١٠.٩٠	٣.٩٣	١.٢٤	-٨.٧٧	**دالة

بالنظر فى الجدول السابق يتضح لنا وجود فروق دالة إحصائياً عند متوسطى درجات أفراد المجموعة العلاجية (التجريبية) التى تتلقى العلاج المعرفى السلوكى فى القياسين القبلى (قبل العلاج) والبعدى الأول (بعد العلاج) فى كل من المتغيرات التالية: بيك للاكتئاب، الأفكار السلبية والأفكار الإيجابية والقصور الوظيفى للاتجاهات، والتحكم الذاتى الكلى بأبعاده (الرؤية الانتقائية الإيجابية للذات، مقاومة للإحباط، الحث الذاتى، التقويم الذاتى، الوعى الذاتى)، وتقدير الذات ببعديه، (توقير الذات، والثقة الذات) وهذه الفروق لصالح القياس البعدى الأول (بعد العلاج).

ب- مقارنة متوسطى درجات أفراد المجموعة العلاجية (التجريبية) العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير معاً للقياسين البعدى الأول (بعد العلاج) والبعدى الثانى (بعد العلاج بشهرين متابعة).

جدول (٤) (ت) لبروفيل الاكتئاب المجموعة العلاجية الأولى فى القياس البعدى الأول والبعدى الثانى

المتغيرات	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الخطأ المعيارى للفروق	ت المحسوبة	الدلالة
بيك للاكتئاب	٠.٥٠	٠.٤٧	٠.١٥	٠.٠١	غير دالة
الأفكار السلبية	-٠.١٠	٠.٧٤	٠.٢٣	-١.٠٠	غير دالة
الأفكار الإيجابية	-٠.٣٠	٠.٩٥	٠.٣٠	٠.٤٣	غير دالة
القصور الوظيفى للاتجاهات	-١.٧٠	٤.١٨	١.٥٢	-١.١٢	غير دالة
التحكم الذاتى الكلى	-١.٥٠	٥.١٣	١.٦٢	٠.٩٣	غير دالة
الرؤية الانتقائية للذات	٠.١٠	٢.٠٨	٠.٦٦	٠.١٥	غير دالة
مقاومة الذات للإحباط	-١.١٠	٣.٥٤	١.١٢	-٠.٩٨	غير دالة
الحث الذاتى	٠.٦	٣.٣٤	١.٠٦	-٠.٥٧	غير دالة
التقويم الذاتى	٠.١٠	١.٥٢	٠.٤٨	٠.٢١	غير دالة
الوعى بالذات	٠.٠١	١.٢٥	٠.٣٩	٠.٠١	غير دالة
تقدير الذات الكلية	٥.٦٠	١٩.٤٨	٦.١٦	٠.٩١	غير دالة
توقير الذات	-٠.٥٠	٠.٧١	٠.٢٢	-٢.٢٤	غير دالة
الثقة بالذات	٠.٣٠	٠.٨٢	٠.٢٦	١.١٥	غير دالة

بالنظر فى الجدول السابق يتضح عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطى درجات أفراد المجموعة العلاجية (التجريبية) البعدى الأول (بعد العلاج) والقياس البعدى الثانى (بعد العلاج بشهرين متابعة) من تطبيق برنامج العلاج المعرفى السلوكى لبروفيل الاكتئاب مما يؤكد عدم حدوث انتكاسة رغم مرور شهرين بين القياسيين الأول والثانى من تطبيق البرنامج مما يدل على

وت أداء الأفراد واستمرار فاعلية العلاج فى كلا من المتغيرات الآتية: بيك لاكتئاب، والأفكار السلبية، والأفكار الإيجابية، والقصور الوظيفى لاتجاهات، والتحكم الذاتى الكلى بأبعاده (الرؤية الانتقائية الإيجابية ذات، مقاومة الذات للإحباط، الحث الذاتى، التقويم الذاتى، والوعى الذات)، وتقدير الذات ببعديه (توقير الذات، والثقة بالذات).

- يمكن خفض الاكتئاب لدى عينة الدراسة العلاجية لمرض الاكتئاب وذلك عن طريق البرنامج العلاجى السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً لمتغيرات بروفيل الاكتئاب فى القياسات المتكررة القبلى (قبل العلاج) البعدى الأول (بعد العلاج) البعدى الثانى (بعد العلاج بشهرين متابعة).

جدول (٥) (ف) للقياسات المتكررة لبروفيل الاكتئاب المجموعة العلاجية الثانية [1] بين القياسات القبلى والبعدى الأول والبعدى الثانى

المقاييس	مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسطات التباين	ف المحسوبة	الدلالة
بيك الاكتئاب	١ ٢ ٣	٢٠٧٦.٨٧ ١١٠.١٠ ٢١٨٦.٩٧	١٠٣٨.٤٣ ٤.٠٨	٢٥٤.٦٦	دالة
الأفكار السلبية	١ ٢ ٣	٤٤٦٦.٠٦٧ ١١٢٣.٣٠ ٥٥٨٩.٣٧	٢٢٣٣.٠٣ ٤١.٦٠	٥٣.٦٧٤	دالة
الأفكار الإيجابية	١ ٢ ٣	٢٢٨٥.٨١ ٣٢٩.٦٠ ٢٦١٥.٤٧	١١٤٢.٩٣ ١٢.٢١	٩٣.٦٣	دالة
القصور الوظيفى للاتجاهات	١ ٢ ٣	١٦٨٩.٨٧ ٢٢٠٤.٦٠ ١٩٠٩٣.٣٧	٨٤٤٤.٤٣ ٨١.٦٥٢	١٠٣.٤٢	دالة
التحكم الذاتى الكلى	١ ٢ ٣	٢٥٣١.٦٧ ٢٦٣٧.٨٠ ٥١٦٩.٤٧	١٢٦٥.٨٣ ٩٧.٦٩	١٢.٩٦	دالة

[1] المجموعة العلاجية الثانية: (العلاج السلوكي عن طريق التحكم الذاتي والعقاقير معًا).

المقاييس	مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسطات التباين	ف المحسوبة	الدلالة
الرؤية الانتقائية الإيجابية للذات	١ ٢ ٣	١٤١٣.٨٠ ١١٤٠.٩٠ ٢٥٥٤.٧٠	٧٠٦.٩٠ ٤٢.٢٦	١٦.٧٣	دالة
مقاومة الذات للإحباط	١ ٢ ٣	٢٠٧٩.٨٠ ٤٩٥.٥٠ ٢٥٧٢.٣٠	١٠٣٩.٩٠ ١٨.٢٤	٥٧.٠١	دالة
الحث الذاتى	١ ٢ ٣	٢١٧٤.٤٧ ٥٤٨.٥٠ ٢٧٢٢.٩٧	١٠٨٧.٢٣ ٢٠.٢٣	٥٣.٥٢	دالة
التقويم الذاتى	١ ٢ ٣	٧٩٧.٠٧ ٤٠٣.١٠ ١٢٠٠.١٧	٣٩٨.٥٣ ١٤.٩٣	٢٦.٦٩	دالة
الوعى بالذات	١ ٢ ٣	١٨٥٩.٤٠ ٢٩٦٩.٨٠ ٤٨٢٩.٢٠	٩٢٩.٧٠ ١٠٩.٩٩	٨.٤٥	دالة
تقدير الذات الكلية	١ ٢ ٣	١٤٩٠.٠٧ ٢٣٨٤.١٠ ٣٨٧٤.١٧	٧٤٥.٠٣ ٨٨.٣٠	٨.٤٤	دالة
توقير الذات	١ ٢ ٣	١١٥٥.٢٧ ١٠١٠.٢٠ ٢١٦٥.٤٧	٥٧٧.٦٣ ٣٧.٤١	١٥.٤٤	دالة
الثقة بالذات	١ ٢ ٣	٦٤٢.٠٧ ٢٨٥.٤٠ ٩٢٧.٤٧	٣٢١.٠٣ ١٠.٥٧	٣٠.٣٧	دالة

بالنظر فى الجدول يتضح لنا وجود فروق ذات دلالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ بين القياسات الثلاثة لمتابعة متوسط درجات أفراد المجموعة العلاجية التى تتلقى العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً وهذه الفروق فى صالح القياس البعدى الثانى مما يؤكد النتائج السالفة حيث ان البرنامج يضع بذور تحسين الرؤية الذاتية إلى جوانب ممارسة التدعيم الذاتى وأن يدخل الأفراد فى مرحلة أساسية لا تنفصل عن المراحل السابقة وهى مرحلة التقييم

الذاتى الإيجابى وتعديل الصورة المشوهة للذات بحيث ينتقل المريض إلى الإحساس بإمكانيات إيجابية فى الحياة وتغير فى قدرة الفرد على مقاومة الفشل ويصبح قادر على أن يحول مواقف الفشل إلى مواقف النجاح وهو جوهر تحكم الإنسان فى نفسه.

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب قيمة "ت" لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على المتغيرات لبروفيل الاكتئاب وكما يتضح من الجدول التالى:

أ- مقارنة بين متوسطى درجات أفراد المجموعة العلاجية (التجريبية) التى تلقت العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً للقياسين القبلى (قبل العلاج) والبعدى الأول (بعد العلاج).

جدول (٦) (ت) لبروفيل الاكتئاب المجموعة العلاجية الثانية فى القياس القبلى والبعدى الأول

المتغيرات	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الخطأ المعيارى للفروق	ت المحسوبة	الدلالة
بيك للاكتئاب	١٧.٧٠	٣.٠٦	٠.٩٧	١٨.٣١-	**دالة
الأفكار السلبية	٢٦.٦٠-	٧.١٨	١.٣٧	١١.٧١-	**دالة
الأفكار الايجابية	١٩.٦٠	٤.٣٣	٢.٧٢	١٤.٣٣	**دالة
القصور الوظيفي للاتجاهات	٤٦.١٠-	١٤.٧٤	٤.١٦	٦.٨٩-	**دالة
التحكم الذاتي الكلي	٢١.٠٠	١٠.١١	٣.٢٩	٦.٥٧	**دالة
الرؤية الانتقائية للذات	١٣.٩	١٠.١٢	٣.٢٩	٤.٣٥	**دالة
مقاومة الذات للاحباط	١٨.٧٠	٧.٣٩	٢.٣٤	٨.٠٠	**دالة
الحث الذاتي	١٨.٠٠	٤.٣٢	١.٣٧	١٣.١٧	*دالة
التقويم الذاتي	١١.٤٠	٥.١٧	١.٦٣	٦.٩٨	**دالة
الوعي بالذات	١٧.٤٠	١٣.٢٩	٤.٢٠	٤.١٤	**دالة
تقدير الذات الكلية	١٦.٩٠	٥.٨٤	١.٨٥	٩.١٥	**دالة
توقير الذات	١٤.٧٠	٥.٨٩	١.٨٦	٧.٨٩	**دالة
الثقة بالذات	١٠.١٠	٣.٢٨	١.٠٤	٩.٧٣	**دالة

بالنظر فى الجدول السابق يتضح لنا وجود فروق دالة إحصائياً عند متوسط درجات أفراد المجموعة العلاجية (التجريبية) التى طبقت عليها البرنامج

العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى فى القياسين القبلى (قبل العلاج) والبعدى الأول (بعد العلاج) فى كل من المتغيرات التالية: بيك للاكتئاب، الأفكار السلبية والأفكار الإيجابية والقصور الوظيفى للاتجاهات، والتحكم الذاتى الكلى بأبعاده (الرؤية الانتقائية الإيجابية للذات، مقاومة للإحباط، الحث الذاتى، التقويم الذاتى، الوعى الذاتى)، وتقدير الذات ببعديه، (توقير الذات، والثقة الذات) وهذه الفروق لصالح القياس البعدى الأول (بعد العلاج).

ب- مقارنة متوسطى درجات أفراد المجموعة العلاجية (التجريبية) التى تتلقى العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً للقياسين البعدى الأول (بعد العلاج) والقياس البعدى الثانى (بعد العلاج شهرين متابعة).

جدول (٧) (ت) لبروفيل الاكتئاب المجموعة العلاجية الثانية فى القياس البعدى الأول والبعدى الثانى

المتغيرات	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الخطأ المعيارى للفروق	ت المحسوبة	الدلالة
بيك للاكتئاب	-٠.١٠	٠.٣١	٠.١٠	-١.٠٠	غير دالة
الأفكار السلبية	-١.٥٠	٧.٢٥	٢.٢٩	-٠.٦٥	غير دالة
الأفكار الايجابية	٢.٤٠	١.٩٠	٠.٦٠	٤.٠٠	غير دالة
القصور الوظيفى للاتجاهات	٧.٦٠	٦.٧٥	٢.١٤	٣.٥٦	غير دالة
التحكم الذاتى الكلى	٣.٥٠	٦.١٥	١.٩٥	١.٨٠	غير دالة
الرؤية الانتقائية للذات	-٧.٠٠	٤.٠٠	١.٢٧	-٠.٥٥	غير دالة
مقاومة الذات للاحباط	٢.٣٠	٣.٢٣	١.٠٢	٢.٢٥	غير دالة
الحث الذاتى	٠.٧٠	١.١٦	٠.٣٧	١.٩١	غير دالة

المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعيارى	الخطأ المعيارى للفروق	ت المحسوبة	الدلالة
التقويم الذاتي	١.٠٠	٣.٨٦	١.٢٢	٠.٨٢	غير دالة
الوعي بالذات	١.٥٠	١٨.٦٩	٥.٩١	٠.٢٥	غير دالة
تقدير الذات الكلية	٥.٤٠	١٦.٠٠	٥.٠٦	١.٠٧	غير دالة
توقير الذات	٤.٠٠	٨.٠٨	٢.٥٦	١.٥٦	غير دالة
الثقة بالذات	٠.٦٠	٢.٥٩	٠.٨٢	٠.٧٣	غير دالة

بالنظر فى الجدول السابق يتضح لنا عدم وجود فروق دالة إحصائياً من متوسطى درجات أفراد المجموعة العلاجية (التجريبية) البعدى الأول (بعد العلاج) والقياس البعدى الثانى (بعد العلاج بشهرين متابعة) العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى لبروفيل الاكتئاب مما يؤكد عدم حدوث انتكاسة رغم مرور شهرين بين القياسين الأول والثانى من تطبيق البرنامج مما يدل على ثبوت أداء الأفراد واستمرار فاعلية العلاج فى كلا من المتغيرات الآتية: بيك للاكتئاب، والأفكار السلبية، والأفكار الإيجابية، والقصور الوظيفى للاتجاهات، والتحكم الذاتى الكلى بأبعاده (الرؤية الانتقائية الإيجابية للذات، مقاومة الذات للإحباط، الحث الذاتى، التقويم الذاتى، والوعى بالذات)، وتقدير الذات ببعديه (توقير الذات، والثقة بالذات).

٣- يمكن خفض الاكتئاب لدى عينة الدراسة العلاجية لمرض الاكتئاب وذلك عن طريق البرنامج العلاج بالعقاقير فقط لمتغيرات بروفيل الاكتئاب فى القياسات المتكررة القياسات المتكررة: القبلى (قبل العلاج) البعدى الأول (بعد العلاج) البعدى الثانى (بعد العلاج بشهرين متابعة).

جدول (٨) (ف) للقياسات المتكررة لبروفيل الاكتئاب
لمجموعة العلاجية الثالثة[1] فى القياسات القبلى والبعدى الأول والبعدى الثانى

المقاييس	مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسطات التباين	ف المحسوبة	الدلالة
بيك للاكتئاب	١ ٢ ٣	٢٣٨.٢٠ ١٥٧٧٨.٥٠ ١٦٠١٦.٧٠	١١٩.١٠ ٥٨٤.٣٩	٢٠٣.٨	غير دالة
الأفكار السلبية	١ ٢ ٣	٧٣٣.٠٠ ١٣١٤.٢٠ ٢٠٤٩.٢٠	٣٦.٥٠ ٤٨.٦٧	٧.٥٥	دالة
الأفكار الايجابية	١ ٢ ٣	٠.٨٦٦٧ ٤٩٨.١٠ ٤٩٨.٩٦	٠٤٣٣ ١٨.٤٥	٠.٠٢٣	غير دالة
القصور الوظيفى للاتجاهات	١ ٢ ٣	١٧٨٣.٤٠ ٢١٨.٩٠ ٢٠٠٢.٣٠	٨٩١.٧٠ ٨.١١	١٠٩.٩٩	دالة
التحكم الذاتى الكلى	١ ٢ ٣	١٥٣.٨٦٧ ٥٦٤.٠٠ ٧١٧١.٨٧	٧٦.٩٣ ٢٠.٨٩	٣.٦٨	غير دالة
الرؤية الانتقائية الايجابية للذات	١ ٢ ٣	٢٦.٦٠ ٤٩٣.٤٠ ٥٢٠.٠٠	١٣.٣٠ ١٨.٢٧	٠.٧٢٨	غير دالة
مقاومة الذات للاحباط	١ ٢ ٣	٧.٨٠ ٤٨٦.٥٠ ٤٩١٤.٣٠	٣.٩٠ ١٨.٠٢	٠.٢١٦	غير دالة
الحث الذاتى	١ ٢ ٣	٨.٦٠ ٢٠٦.٦٠ ٢١٥.٢٠	٤.٣٠ ٧.٦٥	٠.٥٦٢	غير دالة
التقويم الذاتى	١ ٢ ٣	١٠٢٧ ٣٨٤.٦٠ ٣٨٥.٨٦	٠.٦٣٣ ١٤.٢٤	٠.٤٤	غير دالة
الوعى بالذات	١ ٢ ٣	١٧.٢٦ ١٣٠.٢٠ ١٤٧.٤٧	٨.٦٣ ٤.٨٢	١.٧٩	غير دالة

(1) المجموعة العلاجية الثالثة: (العلاج بالعقاقير فقط).

المقاييس	مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسطات التباين	ف المحسوبة	الدلالة
تقدير الذات الكلية	١ ٢ ٣	٣٦.٨٧ ١٢٢٦.١٠ ١٢٦٢.٩٧	١٨.٤٣ ٤٥.٤١	٠.٤٠٥	غير دالة
توقير الذات	١ ٢ ٣	٨.٢٧ ٣١٣.٦٠ ٣٢١.٧٨	٤.١٣ ١١.٦١	٠.٣٥٦	غير دالة
الثقة بالذات	١ ٢ ٣	٢.٠٦ ٩٩.٤٠ ١٠١.٤٦	١.٠٣ ٣.٦٨	٠.٢٨٠	غير دالة

بالنظر فى الجدول يتضح لنا وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين القياسات الثلاثة المتابعة لمتوسط درجات أفراد المجموعة العلاجية بعد العلاج العقاقير فقط وهذه الفروق فى صالح القياس الثانى (بعد العلاج) فى متغيرين فقط وهما بيك للاكتئاب والأفكار السلبية فقط ما عدا ذلك من المتغيرات لا توجد فروق دالة إحصائياً.

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب قيمة "ت" لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على المتغيرات لبروفيل الاكتئاب وكما يتضح من الجدولين (١٠، ٩) التالى:

أ- مقارنة بين متوسطى درجات أفراد المجموعة العلاجية (الضابطة) التى تتلقى العلاج العقاقير فقط للقياسين القبلى (قبل العلاج) والبعدى الأول (بعد العلاج).

جدول (٩) (ت) لبروفيل الاكتئاب المجموعة العلاجية الثالثة في القياس القبلي والبعدي الأول

المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري للفروق	ت المحسوبة	الدلالة
بيك للاكتئاب	٦.٠٠	١.٨٤	٠.٥٨	١.٠٣	**دالة
الأفكار السلبية	١٢.٠٠	٨.٤٦	٢.٦٧	٤.٤٩	*دالة
الأفكار الإيجابية	٠.٣٠	٦.٥٥	٢.٠٦	٠.٨٩	غير دالة
القصور الوظيفي للاتجاهات	-٢.٤٠	١٠.٧٩	٣.٤١	-٠.٧٠	غير دالة
التحكم الذاتي الكلي	-٥.٤٠	٦.٧٩	٢.١٥	-٢.٥٢	غير دالة
الرؤية الانتقائية للذات	-٠.٥٠	٣.٣٤	١.٠٦	-٠.٤٧	غير دالة
مقاومة الذات للإحباط	-٠.٩٠	٥.٤٧	١.٧٣	-٠.٥٢	غير دالة
الحث الذاتي	-٠.٨٠	٠.٩١	٠.٢٩	-٢.٧٥	غير دالة
التقويم الذاتي	-٠.٣٠	٠.٦٧	٠.٢١	-١.٤١	غير دالة
الوعي بالذات	-٠.٢٠	٠.٩١	٠.٢٩	-٠.٦٩	غير دالة
تقدير الذات الكلية	١.١٠	٣.٢٥	١.٠٣	١.٠٧	غير دالة
توقير الذات	١.٢٠	٢.٢٠	٠.٧٠	-١.٧٢	غير دالة
الثقة بالذات	-٠.٥٠	١.٠٨	٠.٣٢	-١.٦٤	غير دالة

بالنظر فى الجدول السابق يتضح لنا عن وجود فروق دالة إحصائياً عند متوسط درجات أفراد المجموعة العلاجية (الضابطة) التى طبقت عليها البرنامج العلاج بالعقاقير فقط فى القياسين القبلى (قبل العلاج) والبعدى الأول (بعد العلاج) فى متغيران فقط هما: بيك للاكتئاب، الأفكار السلبية عدا بقية المتغيرات عدم وجود فروق فيها مثل والأفكار الإيجابية والقصور الوظيفى للاتجاهات، والتحكم الذاتى الكلى بأبعاده (الرؤية الانتقائية الإيجابية للذات، مقاومة للإحباط، الحث الذاتى، التقويم الذاتى، الوعى الذاتى)، وتقدير الذات ببعديه، (توقير الذات، والثقة الذات) وهذه الفروق لصالح القياس البعدى الأول (بعد العلاج).

ب- مقارنة متوسطى درجات أفراد المجموعة العلاجية (الضابطة) التى تتلقى العلاج العقاقير فقط للقياسين: البعدى الأول (بعد العلاج) والبعدى الثانى (بعد العلاج بشهرين متابعة).

جدول (١٠) (ت) لبروفيل الاكتئاب المجموعة العلاجية الثالثة فى القياس البعدى الأول والبعدى الثانى

المتغيرات	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الخطأ المعيارى للفروق	ت المحسوبة	الدلالة
بيك للاكتئاب	٠.٥٠٠	٣.٥٤	١.١٢	٠.٤٥	غير دالة
الأفكار السلبية	٣.٤٠-	٥.٨٠	١.٨٣	١.٨٥-	غير دالة
الأفكار الإيجابية	١.٤٠	٥.٧٢	١.٢١	٠.٧٧	غير دالة
القصور الوظيفى للاتجاهات	٠.٦٠-	٨.٧٢	٢.٧٦	٠.٢٢-	غير دالة
التحكم الذاتى الكلى	١.٣٠	٣.٥٣	١.١٢	١.١٦	غير دالة
الرؤية الانتقائية للذات	١.٨٠-	٢.٧٨	٠.٨٨	٢.٠٥-	غير دالة
مقاومة الذات للإحباط	٠.٢٠-	١.٢٣	٠.٣٩	٠.٥١-	غير دالة
الحث الذاتى	٠.٣٠-	٢.٤٥	٠.٧٨	٠.٣٩-	غير دالة
التقويم الذاتى	٠.٠٢	٠.٦٧	٠.٢١	٠.٠٣-	غير دالة
الوعى بالذات	١.٥٠-	٢.٤٢	٠.٧٦	١.٩٦-	غير دالة
تقدير الذات الكلية	٥.٦٠	١٣.٢١	٤.٨٨	١.٣٤	غير دالة
توقير الذات	٢.٤٠	٦.٨٠	٢.١٥	١.١٢	غير دالة
الثقة بالذات	٠.٥٠-	١.٣٥	٠.٤٣	١.١٧-	غير دالة

بالنظر فى الجدول السابق يتضح لنا عدم وجود فروق دالة إحصائيا من متوسطى درجات أفراد المجموعة العلاجية (الضابطة) التى تتلقى العلاج بالعقاقير فقط فى القياسين البعدى الأول (بعد العلاج) والقياس البعدى الثانى (بعد العلاج بشهرين متابعة) لبروفيل الاكتئاب مما يؤكد عدم حدوث انتكاسة رغم مرور شهرين بين القياسيين البعدى الأول والثانى فى كل المتغيرات: بيك للاكتئاب، والأفكار السلبية، والأفكار الإيجابية، والقصور الوظيفى للاتجاهات، والتحكم الذاتى الكلى بأبعاده (الرؤية الانتقائية الإيجابية للذات، مقاومة الذات للإحباط، الحث الذاتى، التقويم الذاتى، والوعى بالذات)، وتقدير الذات ببعديه (توقير الذات، والثقة بالذات).

٢- يمكن خفض الاكتئاب لدى عينة الدراسة العلاجية لمرضى الاكتئاب وذلك عن طريق البرامج العلاجية الثلاثة :العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير معاً، والعلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير

معاً والعلاج بالعقاقير فقط والعلاج بالعقاقير فقط في القياسات المتكررة القبلي (قبل العلاج) البعدي الأول (بعد العلاج) البعدي الثاني (بعد العلاج بشهرين متابعة) يتضح ذلك من الجدولين التاليين (١٢، ١١).

جدول (١١) (ف) للمجموعات العلاجية الثلاثة[1] للقياس القبلي والبعدي الأول

المقاييس	المصدر التباين	مجموعات المربعات	متوسطات المربعات	درجة الحرية	ف	الدلالة
بيك للاكتئاب	١ ٢ ٣	٢٦.٨٧ ٣٤٣.٥٠ ٣٧٣.٣٧	١٤.٩٣ ١٢.٧٢	٢ ٢٧ ٢٩	١.١٧	دالة
الأفكار السلبية	١ ٢ ٣	١٢٤٦.٠٧ ١٥٩٤.٩٠ ٢٨٤٠.٩٦٧	٦٢٣.٠٣ ٥٩.٠٧	٢ ٢٧ ٢٩	١٠.٥٥	دالة
الأفكار الايجابية	١ ٢ ٣	٢٣٨٠.٤٧ ٨٠٤.٩٠ ٣١٨٥.٣٧	١١٩٠.٢٣ ٢٩.٨١	٢ ٢٧ ٢٩	٣٩.٩٣	دالة
القصور الوظيفي للاتجاهات	١ ٢ ٣	٩٩١٥.٨٠ ٦٥٠٣.٤٠ ١٦٤١٩.٢٠٠	٤٦٥٧.٩٠ ٢٤٠.٨٦	٢ ٢٧ ٢٩	٢٠.٥٨	دالة
التحكم الذاتي الكلي	١ ٢ ٣	١٤٥٦.٨٠ ١٦٧٦.٠٠ ٣٣٢.٨٠	٧٢٨.٤٠ ٦٩.٤٨	٢ ٢٧ ٢٩	١٠.٤٨	دالة
الرؤية الانتقائية للذات	١ ٢ ٣	١٣٣٨.٨٧ ٢٠٦٩.٠٠ ٣٤٠٧.٨٦	٦٦٩.٢٣ ٧٦.٦٣	٢ ٢٧ ٢٩	٨.٧٤	دالة
مقاومة الذات للإحباط	١ ٢ ٣	١٦١٠.٨٧ ٩٦٤٠.٦٠ ٢٥٥١.٤٧	٨٠٥.٤٣ ٣٤.٨٤	٢ ٢٧ ٢٩	٢٣.١٢	دالة
الحث الذاتي	١ ٢ ٣	١٢٦١.٤٠ ٣٠٤.٩٠ ١٩٢٦.٣٠	٨١٠.٧٠ ١١.٢٩	٢ ٢٧ ٢٩	٧١.٨٠	دالة

[1] المجموعة الأولى: (العلاج المعرفي – السوكي والعقاقير معاً)، المجموعة العلاجية الثانية: (العلاج السلوكي عن طريق التحكم الذاتي والعقاقير فقط)، المجموعة الثالثة: (العلاج بالعقاقير فقط).

المقاييس	مصدر التباين	مجموعات المربعات	متوسطات المربعات	درجة الحرية	ف	الدلالة
التقويم الذاتى	١	٧٦٦.٤٧	٣٨٣.٢٣	٢	٤٠.٥٩	دالة
	٢	٢٥٤.٩٠	٩.٤٤٠	٢٧		
	٣	١٠٢١.٣٧		٢٩		
الوعى بالذات	١	١٩٢٧.٤٧	٩٧٣.٧٣	٢	١٥.١٥	دالة
	٢	١٧١٨.٠٠	٦٣.٦٣	٢٧		
	٣	٣٦٤٥.٤٧		٢٩		
تقدير الذات الكلية	١	٢٢٨٦.٦٧	١١٤٣.٣٣	٢	٨.٦٥	دالة
	٢	٣٥٧٠.٧٠	١٣٢.٢٥	٢٧		
	٣	٥٨٥٧.٣٧		٢٩		
توقير الذات	١	١١٠٩.٢٧	٥٥٤.٦٣	٢	١٤.٦٥	دالة
	٢	١٠٢٢.١٠	٣٧.٨٦	٢٧		
	٣	٢١٣.٣٧		٢٩		
الثقة بالذات	١	٦٦٩.٢٦٦	٣٣٤.٩٣	٢	٣٦.٧٢	دالة
	٢	٢٤٦.٣٠	٩.١٢	٢٧		
	٣	٩١٦.١٧		٢٩		

جدول (١٢) (ف) للمجموعات العلاجية الثلاثة للقياس البعدى الأول والبعدى الثانى

المقاييس	مصدر التباين	مجموعات المربعات	متوسطات المربعات	درجة الحرية	ف	الدلالة
بيك للاكتئاب	١	٢.٠٦٧	١.٠٣	٢	٠.٢٤	غير دالة
	٢	١١٥.٤٠	٤.٢٧	٢٧		
	٣	١١٧.٤٧		٢٩		
الأفكار السلبية	١	١٠٩.٠٧	٥٤.٥٣	٢	١.٨١	غير دالة
	٢	٨١٣.٩٠	٣٠.١٤	٢٧		
	٣	٩٢٢.٩٧		٢٩		
الأفكار الإيجابية	١	٤٢.٤٧	٢١.٢٣	٢	١.٢٧	غير دالة
	٢	٤٥٢.٩٠	١٦.٧٧	٢٧		
	٣	٤٩٥.٣٧		٢٩		
التصور الوظيفى للاتجاهات	١	٦٢٧.٨٠	٣١٣.٩٠	٢	٥.٧٤	غير دالة
	٢	١٤٧٦.٩٠	٥٤.٧٠	٢٧		
	٣	٢١٠٤.٧٠		٢٩		
التحكم الذاتى الكلى	١	٢٥.٤٠	١٢.٧٠	٢	٠.٥٠	غير دالة
	٢	٦٨٩.٤٠	٢٥.٥٣	٢٧		
	٣	٧١٤.٨٠		٢٩		

المقاييس	المصدر التباين	مجموعات المربعات	متوسطات المربعات	درجة الحرية	ف	الدلالة
الرؤية الانتقائية للذات	١	١٣.٠٧	٦.٥٣	٢	٠.٦٩	غير دالة
	٢	٢٥٥.١٠	٩.٤٥	٢٧		
	٣	٢٦٨.١٧		٢٩		
مقاومة الذات للاحباط	١	٣٣.٨٧	١٦.٩٣	٢	٢.٠٧	غير دالة
	٢	٢٢١.١٠	٨.١٩	٢٧		
	٣	٢٥٤.٩٧		٢٩		
الحث الذاتى	١	١٠.٤٧	٥.٢٣	٢	٠.٨١	غير دالة
	٢	١٦٥.٠٠	٦.١١	٢٧		
	٣	١٧٥.٤٧		٢٩		
التقويم الذاتى	١	٨.٨٧	٤.٤٣	٢	٠.٧٦	غير دالة
	٢	١٥٨.٥٠	٥.٨٧	٢٧		
	٣	١٦٧.٣٧		٢٩		
الوعى بالذات	١	٤٥.٠٠	٢٢.٥٠	٢	٠.١٩	غير دالة
	٢	٣٢١١.٥٠	١١٨.٩٣	٢٧		
	٣	٣٥٢٦.٠٠		٢٩		
تقدير الذات الكلية	١	٦٢٤.٢٧	٣١٢.١٣	٢	١.٤٧	غير دالة
	٢	٥٦٣٩.٢٠	٢١٢.٥٦	٢٧		
	٣	٦٢٦٣.٤٣		٢٩		
توقير الذات	١	٨٩.٢٧	٤٤.٦٣	٢	٠.١٧	غير دالة
	٢	٦٢٦.١٠	٢٣.١٩	٢٧		
	٣	٧١٥.٣٧		٢٩		
الثقة بالذات	١	٦.٨٦٧	٣.٤٣	٢	١.١٢	غير دالة
	٢	٨٣.٠٠	٣.٠٧	٢٧		
	٣	٨٩.٨٧		٢٩		

أ- مقارنة بين متوسطى درجات أفراد المجموعة (التجريبية) العلاجية التى تتلقى العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير معاً ومتوسطى المجموعة الضابطة (العلاج بالعقاقير فقط) فى القياس البعدى (الأول).

جدول (١٣) (ت)الفروق بين المجموعة العلاجية الأولى والمجموعة العلاجية الثالثة

فى القياس البعدى الأول

المقاييس	المجموعة العلاجية (١)		المجموعة العلاجية (٣)				
	متوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	متوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الخطأ المعيارى للفروق	"ت" المحسوبة	الدلالة
بيك للاكتئاب	١٠.٠٠	٢.٨٣	٧.١٠	١.٦٦	١.٠٤	٢.٧٩	دالة
القصور الوظيفى للاتجاهات	١٤٤.٢٠	٣٢.٥٦	١٠١.٣٠	٥.٧٩	١٠.٤٦	٤.١٠	دالة
الأفكار السلبية	٢٧.٢٠	٧.٦٩	١٥.٢٠	٢.٨٦	٣٢.٥٩	٤.٦٣	دالة
الأفكار الإيجابية	٢٠.٨٠	٥.٨٣	٣٦.٢٠	٣.٠٥	٢.٠٨	٧.٤١-	دالة
التحكم الذاتى الكلى	٢١.٤٠	٨.٢٤	٤٢.٣٠	٩.٢٩	٣.٩٣	٥.٨٢-	دالة
الرؤية الانتقائية للذات	١٣.٧٠	٤.٦٤	٢٢.٤٠	٥.١٩	٢.٢٠	٣.٩٥-	دالة
مقاومة الذات للإحباط	٩.٦٠	٦.٤٠	٢٥.٧٠	٥.٤٨	٢.٦٦	٦.٠٤-	دالة
الحث الذاتى	٨.١٠	٦.١٥	٢٢.٠٠	٥.٦٤	٢.٦٠	٥.٣٤-	دالة
التقويم الذاتى	١٢.٥٠	٤.٠٩	٢٢.٣٠	٤.٠٣	١.٠٨٢	٥.٤٠-	دالة
الوعى بالذات	١١.٩٠	٤.١٨	٢٥.٩٠	١٤.٠٨	٤.٦٥	٣.٠١-	دالة
تقدير الذات الكلية	٣٣.٢٠	٤.٥٤	٥١.٦٠	٩٠.٠٦	٣.٢٠	٥.٧٤-	دالة
توقير الذات	١٨.٠٠	٣.٨٠	٣٢.١٠	٧.٧٢	٢.٧٢	٥.١٨-	دالة
الثقة بالذات	١٢.٦٠	٤.٤٨	٢٢.٧٠	٢.٤١	١.٦١	٦.٢٨-	دالة

بالنظر فى الجدول السابق يتضح لنا وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ بين متوسطى درجات أفراد المجموعة العلاجية الأولى (التجريبية) التى تتلقى العلاج المعرفى السلوكى والمجموعة (الضابطة) التى تتلقى العلاج بالعقاقير فقط فى كل المتغيرات الآتية: بيك للاكتئاب، والأفكار السلبية، والأفكار الإيجابية، والقصور الوظيفى للاتجاهات، والتحكم الذاتى الكلى بأبعاده (الرؤية الانتقائية الإيجابية للذات، مقاومة الذات للإحباط، الحث الذاتى، التقويم الذاتى، والوعى بالذات)، وتقدير الذات ببعديه (توقير الذات، والثقة بالذات).

ب- مقارنة بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية العلاجية التى تتلقى العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً ومتوسطى المجموعة (الضابطة) التى تتلقى العلاج بالعقاقير فقط فى القياس البعدى الأول (بعد العلاج).

جدول (١٤) (ت) الفروق بين المجموعة العلاجية الثانية والمجموعة العلاجية الثالثة فى القياس البعدى الأول

المقاييس	المجموعة العلاجية (٢)		المجموعة العلاجية (٣)				
	متوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	متوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الخطأ المعيارى للفروق	"ت" المحسوبة	الدلالة
بيك للاكتئاب	١٠.٥٠	٢.٩٥	٧.١٠	١.٦٦	١.٠٧	٣.١٧	دالة
القصور الوظيفى للاتجاهات	١٤٣.٦٠	٣١.٦٦	١٠١.٣٠	٥.٧٩	١٠.١٨	٤.١٦	دالة
الأفكار السلبية	٢٣.٨٠	٩.٠٣	١٥.٢٠	٢.٨٦	٢.٩٩	٢.٨٧	دالة
الأفكار الإيجابية	١٩.٤٠	٦.٠٨	٣٦.٢٠	٣.٠٥	٢.١٥	٧.٨١-	دالة
التحكم الذاتي الكلي	٢٢.٧٠	٧.٧٨	٤٢.٣٠	٩.٢٩	٣.٨٣	٥.١٢-	دالة
الرؤية الانتقائية للذات	١١.٩٠	٤.١٢	٢٢.٤٠	٥.١٩	٢.٠١٠	٥.٠١-	دالة
مقاومة الذات للإحباط	٩.٤٠	٦.٥٩	٢٥.٧٠	٥.٤٨	٢.٧١	٦.٢-	دالة
الحث الذاتي	٧.٨٠	٦.٦١	٢٢.٠٠	٥.٤٦	٢.٧١	٥.٢٤-	دالة
التقويم الذاتي	١٢.٥٠	٤.٥٠	٢٢.٣٠	٤.٠٣	١.٩١	٥.١٣-	دالة
الوعي بالذات	١٠.٤٠	٤.٧٠	٢٥.٩٠	١٤.٠٨	٤.٦٩	٣.٣٠-	دالة
تقدير الذات الكلية	٣٨.٨٠	٩.٦٠	٥١.٦٠	٩.٠٦	٤.١٧	٣.٧-	دالة
توقير الذات	٢٠.٤٠	٩.١٧	٣٢.١٠	٧.٧٢	٣.٧٩	٣.٠٦-	دالة
الثقة بالذات	١٢.١٠	٤.٤٣	٢٢.٧٠	٢.٤١	١.٦٠	٦.٦٥-	دالة

بالنظر فى الجدول السابق يتضح لنا وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى ٠.٠١ بين متوسطى درجات أفراد المجموعة العلاجية الثانية (التجريبية) التى تتلقى العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً المجموعة (الضابطة) والتى تتلقى العلاج بالعقاقير فقط فى القياس البعدى الأول (بعد

العلاج) على كلا من المتغيرات: بيك للاكتئاب، والأفكار السلبية، والأفكار الإيجابية، والقصور الوظيفى للاتجاهات، والتحكم الذاتى الكلى بأبعاده (الرؤية الانتقائية الإيجابية للذات، مقاومة الذات للإحباط، الحث الذاتى، التقويم الذاتى، والوعى بالذات)، وتقدير الذات ببعديه (توقير الذات، والثقة بالذات).

هـ- مقارنة بين متوسطى درجات أفراد المجموعة العلاجية الأولى (التجريبية) العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير معاً ومتوسطى المجموعة العلاجية الثانية (التجريبية) التى تتلقى العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً فى القياس البعدى الأول (بعد العلاج).

جدول (١٥) (ت) الفروق بين والمجموعة العلاجية الأولى والمجموعة العلاجية الثانية فى القياس البعدى الأول

المقاييس	المجموعة العلاجية (١)		المجموعة العلاجية (٢)				
	متوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	متوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الخطأ المعيارى للفروق	"ت" المحسوبة	الدلالة
بيك للاكتئاب	١٠.٠٠	٢.٨٣	١٠.٥٠	٢.٩٥	١.٢٩	-٠.٣٩	غير دالة
القصور الوظيفى للاتجاهات	١٤٤.٢٠	٣٢.٥٦	١٤٣.٦٠	٣١.٦١	١٤.٣٦	٠.٠٤	غير دالة
الأفكار السلبية	٢٧.٢٠	٧.٦٩	٢٣.٨٠	٩.٠٣	٣.٧٥	٠.٩١	غير دالة
الأفكار الإيجابية	٢٠.٨٠	٥.٨٣	١٩.٤٠	٦.٠٨	٢.٦٦	٠.٦١	غير دالة
التحكم الذاتى الكلى	٢١.٤٠	٨.٢٤	٢٢.٧٠	٧.٧٨	٣.٥٩	-٠.٣٦	غير دالة
الرؤية الإنتقائية للذات	١٣.٧٠	٤.٦٤	١١.٩٠	٤.١٢	١.٩٦	٠.٩٢	غير دالة
مقاومة الذات للإحباط	٩.٦٠	٦.٤٠	٩.٤٠	٦.٥٩	٢.٩١	٠.٠٧	غير دالة
الحث الذاتى	٨.١٠	٦.١٥	٧.٨٠	٦.٦١	٢.٨٦	٠.٩٢	غير دالة

المقاييس	المجموعة العلاجية (١)		المجموعة العلاجية (٢)				
	متوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	متوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الخطأ المعيارى للفروق	"ت" المحسوبة	الدلالة
التقويم الذاتى	١٢.٥٠	٤.٠٩	١٢.٥٠	٤.٥٠	١.٩٢	٠.٠٠	غير دالة
الوعى بالذات	١١.٩٠	٤.١٨	١٠.٤٠	٤.٧٠	١.٩٩	٠.٧٩	غير دالة
تقدير الذات الكلية	٣٣.٢٠	٤.٥٤	٣٨.٨٠	٩.٦٠	٣.٣٦	١.٧٦-	غير دالة
توقير الذات	١٨.٠٠	٣.٨٠	٢٠.٤٠	٩.١٧	٣.١٤	٠.٤٥	غير دالة
الثقة بالذات	١٢.٦٠	٤.٤٨	١٢.١٠	٤.٤٣	١.٩٩	٠.٢٥	غير دالة

بالنظر فى الجدول السابق يتضح عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة العلاجية الأولى (التجريبية) التى تلقت العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً ومتوسطى مجموعة العلاجية الثانية (التجريبية) التى تتلقى العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً فى القياس البعدى الأول (بعد العلاج) فى كلا من المتغيرات: بيك للاكتئاب، والأفكار السلبية، والأفكار الإيجابية، والقصور الوظيفى للاتجاهات، والتحكم الذاتى الكلى بأبعاده (الرؤية الانتقائية الإيجابية للذات، مقاومة الذات للإحباط، الحث الذاتى، التقويم الذاتى، والوعى بالذات)، وتقدير الذات ببعديه (توقير الذات، والثقة بالذات).

ز- مقارنة بين متوسطى درجات أفراد المجموعة العلاجية الأولى (التجريبية) العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير معاً ومتوسطى المجموعة العلاجية الثانية (التجريبية) التى تتلقى العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً فى القياس البعدى الثانى (بعد العلاج بشهرين متابعة).

جدول (١٦) (ت) الفروق بين المجموعة العلاجية الأولى والمجموعة العلاجية الثانية في القياس البعدى الثانى

المقاييس	المجموعة العلاجية (١)		المجموعة العلاجية (٢)				
	متوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	متوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الخطأ المعيارى للفروق	"ت" المحسوبة	الدلالة
بيك للاكتئاب	٧.٢٠	١.٤٨	٧.٧٠	١.٠٦	٠.٥٧	٠.٨٧-	غير دالة
القصور الوظيفى للاتجاهات	٩٣.٧٠	٨.٣٨	٩٧.٢٠	٨.٥٠	٣.٧٧	٠.٩٣-	غير دالة
الأفكار السلبية	١٦.٧٠	٨.٩٥	١٢.٤٠	٢.٥٠	٢.٩٣	١.٤٧	غير دالة
الأفكار الإيجابية	٣٣.٨٠	٣.٨٠	٣٥.٨٠	٣.٧١	١.٦٨	١.١٩-	غير دالة
التحكم الذاتى الكلى	٣٨.٨٠	١١.٣٠	٤٢.١٠	١٠.٠٥	٤.٧٨	٠.٦٩-	غير دالة
الرؤية الانتقائية للذات	٢٣.١٠	٧.٦٥	٢٩.٠٠	٦.٧٠	٣.٢٢	١.٨٣-	دالة
مقاومة الذات للإحباط	٢٣.٤٠	٤.٠١	١٨.٦٠	٢.٧٢	١.٥٣	٣.١٤	دالة
الحث الذاتى	٢١.٣٠	٥.٠٧	١٨.٢٠	٣.٢٩	١.٩١	١.٦٢	غير دالة
التقويم الذاتى	٢١.٣٠	٣.٩٥	٢٢.٩٠	٢.٣٨	١.٤٦	١.١٠-	غير دالة
الوعى بالذات	٢٤.٤٠	١٠.٩٩	٢٣.٢٠	٣.٥٢	٣.٦٥	٠.٣٣	غير دالة
تقدير الذات الكلية	٤٦.٢٠	١١.٧٢	٥٩.٢٠	٥.١٢	٤.٠٤	٣.٢٢-	غير دالة
توقير الذات	٢٨.١٠	٦.١٤	٣٢.٥٠	٦.٢٦	٢.٧٧	١.٥٩-	غير دالة
الثقة بالذات	٢٢.١٠	٣.٩٠	٢٤.٠٠	٣.٥٣	١.٦٦	١.١٤-	غير دالة

بالنظر فى الجدول السابق يتضح عدم وجود فروق دالة إحصائياً ب
متوسطى درجات أفراد المجموعة العلاجية الأولى (التجريبية) التى تتلقى العا
المعرفى السلوكى والعقاقير معاً ومتوسطات درجات أفراد المجموعة العلاج
الثانية (التجريبية) التى تتلقى العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذا
والعقاقير معاً فى القياس (البعدى الثانى) (بعد العلاج بشهرين متابعة) فى ك
من المتغيرات: بيك للاكتئاب، والأفكار السلبية، والأفكار الإيجابي
والقصور الوظيفى للاتجاهات، والتحكم الذاتى الكلى بأبعاده الر
الانتقائية الإيجابية للذات، مقاومة الذات للإحباط، الحث الذاتى، التق
الذاتى، والوعى بالذات)، وتقدير الذات ببعديه (توقير الذات، والثقة بالذات

د- مقارنة بين متوسطى درجات أفراد متوسطى المجموعة العلاجية الأ
(التجريبية) التى تتلقى العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير
ومتوسطى المجموعة العلاجية (الضابطة) التى تتلقى العلاج بالعق
فقط فى القياس الثانى (بعد العلاج بشهرين متابعة).

جدول (١٧) (ت) الفروق بين المجموعة العلاجية الأولى والمجموعة العلاجية الثالثة فى القياس البعدى الثانى

المقاييس	المجموعة العلاجية (١)		المجموعة العلاجية (٢)			
	متوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	متوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الخطأ المعيارى للفروق	"ت" المحسوبة
بيك للاكتئاب	٧.٧٠	١.٠٦	١٠.٠٠	٢.٨٣	٠.٩٦	٢.٤١-
القصور الوظيفى للاتجاهات	٧٩.٢٠	٨.٥٠	١٤٤.٢٠	٣٢.٥٦	١٠.٦٤	٤.٤٢-
الأفكار السلبية	١٢.٤٠	٢.٤٦	٢٧.٢٠	٧.٦٩	٢.٥٥	٥.٨٠-
الأفكار الإيجابية	٣٥.٨٠	٣.٧١	٢٠.٨٠	٥.٨٣	٢.١٨	٦.٨٧
التحكم الذاتى الكلى	٤٢.١٠	١٠.٠٥	٢١.٤٠	٨.٧٤	٤.١١	٥.٠٤
الرؤية الانتقائية للذات	٢٩.٠٠	٦.٧٠	١٣.٧٠	٤.٦٤	٢.٥٨	٥.٩٤
مقاومة الذات	١٨.٦٠	٢.٧٢	٩.٦٠	٦.٤٠	٢.٢٠	٤.٠٩

المقاييس	المجموعة العلاجية (١)		المجموعة العلاجية (٢)				
	متوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	متوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الخطأ المعيارى للفروق	"ت" المحسوبة	الدلالة
للإحباط							
الحث الذاتى	١٨.٢٠	٣.٢٩	٨.١٠	٦.١٥	٢.٢١	٤.٥٨	دالة
التقويم الذاتى	٢٢.٩٠	٢.٣٨	١٢.٥٠	٤.٠٩	١.٥٠	٦.٩٥	دالة
الوعى بالذات	٢٣.٢٠	٣.٥٢	١١.٩٠	٤.١٨	١.٧٣	٦.٥٤	دالة
تقدير الذات الكلية	٥٩.٢٠	٥.١٢	٣٣.٢٠	٤.٥٤	٢.١٦	١٢.٠٢	دالة
توقير الذات	٣٢.٥٠	٦.٢٦	١٨.٠٠	٣.٨٠	٢.٣٢	٦.٢٦	دالة
الثقة بالذات	٢٤.٠٠	٣.٥٣	١٢.٦٠	٤.٤٨	١.٨٠	٦.٣٢	دالة

بالنظر فى الجدول السابق يتضح لنا وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ بين متوسطى درجات أفراد المجموعة العلاجية الأولى (التجريبية) التى تتلقى العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير معاً ومتوسطى درجات أفراد المجموعة العلاجية (الضابطة) التى تتلقى العلاج بالعقاقير فقط فى القياس البعدى الثانى (بعد العلاج بشهرين متابعة) فى كلا من المتغيرات: بيك للاكتئاب، والأفكار السلبية، والأفكار الإيجابية، والقصور الوظيفى للاتجاهات، والتحكم الذاتى الكلى بأبعاده (الرؤية الانتقائية الإيجابية للذات، مقاومة الذات للإحباط، الحث الذاتى، التقويم الذاتى، والوعى بالذات)، وتقدير الذات ببعديه (توقير الذات، والثقة بالذات).

و- مقارنة بين متوسطى درجات أفراد المجموعة العلاجية الأولى (التجريبية) التى تتلقى العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير معاً، ومتوسطى المجموعة العلاجية الثانية (التجريبية) التى تتلقى العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً فى القياس البعدى الثانى (بعد العلاج بشهرين متابعة).

جدول (١٨) (ت) الفروق بين المجموعة العلاجية الثانية والمجموعة العلاجية الثالثة فى القياس البعدى الثانى

المقاييس	المجموعة العلاجية (١)		المجموعة العلاجية (٢)				
	متوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	متوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الخطأ المعيارى للفروق	"ت" المحسوبة	الدلالة
بيك للاكتئاب	٧.٢٠	١.٤٨	١٠.٠٠	٢.٨٣	١.٠١	٢.٧٨-	دالة
القصور الوظيفى للاتجاهات	٩٣.٧٠	٨.٣٨	١٤٤.٢٠	٣٢.٥٦	١٠.٦٣	٤.٧٥-	دالة
الأفكار السلبية	١٦.٧٠	٨.٩٥	٢٧.٢٠	٧.٦٩	٣.٧٣	٢.٨٢-	دالة
الأفكار الإيجابية	٣٣.٨٠	٣.٨٠	٢٠.٨٠	٥.٨٣	٢.٢٠	٥.٩١	دالة
التحكم الذاتى الكلى	٣٨.٨٠	١١.٣٠	٢١.٤٠	٨.٢٤	٤.٤٢	٣.٩٣	دالة
الرؤية الانتقائية للذات	٢٣.١٠	٧.٦٥	١٣.٧٠	٤.٦٤	٢.٨٣٠	٣.٣٢	دالة
مقاومة الذات للإحباط	٢٣.٤٠	٤.٠١	٩.٦٠	٦.٤٠	٢.٣٩	٥.٧٨	دالة
الحث الذاتى	٢١.٣٠	٥.٠٦	٨.١٠	٦.١٥	٢.٥٢	٥.٢٤	دالة
التقويم الذاتى	٢١.٣٠	٣.٩٥	١٢.٥٠	٤.٠٩	١.٨٠	٤.٩٠	دالة
الوعى بالذات	٢٤.٤٠	١٠.٩٩	١١.٩٠	٤.١٨	٣.٧٢	٣.٣٦	دالة
تقدير الذات الكلية	٤٦.٢٠	١١.٧٢	٣٣.٢٠	٤.٥٤	٣.٩٧	٣.٢٧	دالة
توقير الذات	٢٨.١٠	٦.١٤	١٨.٠٠	٣.٨٠	٢.٢٨	٤.٤٢	دالة
الثقة بالذات	٢٢.١٠	٣.٩٠	١٢.٦٠	٤.٤٨	١.٧٨	٥.٠٦	دالة

بالنظر فى الجدول السابق يتضح عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطى درجات أفراد المجموعة العلاجية الأولى (التجريبية)التى تتلقى العلاج المعرفى السلوكى والعقاقير معاً والمجموعة العلاجية الثانية (التجريبية) التى تتلقى العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى والعقاقير معاً فى القياس البعدى الثانى (بعد العلاج) فى كلا من المتغيرات: بيك للاكتئاب، والأفكار السلبية، والأفكار الإيجابية، والقصور الوظيفى للاتجاهات، والتحكم الذاتى الكلى بأبعاده (الرؤية الانتقائية الإيجابية للذات، مقاومة الذات

للإحباط، الحث الذاتى، التقويم الذاتى، والوعى بالذات)، وتقدير الذات ببعديه (توقير الذات، والثقة بالذات).

مناقشة النتائج:

الاكتئاب من الظاهرات المرضية الشائعة، حتى لقد صار لفظ الاكتئاب مصطلحاً أكثر شيوعاً من الظاهرة نفسها. ولقد ظهر من نتائج هذه الدراسة أن الاكتئاب يكون سبباً لاضطراب عملية تفكير، هذا التفكير المحرف يؤدى إلى اضطراب الحالة الوجدانية وتكون الحالة الوجدانية هذه هى الحالة الدائمة والشاملة التى تؤثر فى الفرد بأسره، مشاعره، نظرته إلى نفسه وإلى عالمه وإلى مستقبله، تؤثر فى مستوى نشاطه السلوكى أو التفكيرى، فيشعر بالذنب والدونية ويفقد الشهية ويضطرب النوم، وينعزل عن المجتمع وينشغل بأفكاره السلبية الحزينة، ويبدأ فى فقدان تقدير الذات والرغبة فى الانتماء.

ورغم التعدد الظاهر فى هذه الاضطرابات والأعراض الاكتئابية إلا أن هناك تفاعلاً وتأثيراً متبادلاً كبيراً بينهم، بمعنى أن الاضطرابات الاكتئابية تغذى بعضها البعض ولكن هذه الاضطرابات قد تختلف شدتها باختلاف مراحل النمو والأحداث الخارجية والانتظامات المعرفية للفرد. فالفرد فى نموه يحتاج إلى إشباع حاجات نفسية أساسية عنده وتتأثر شخصية الفرد تأثيراً كبيراً بالأسلوب أو الطريقة التى تواجه بها هذه الحاجات وخاصة فى الطفولة من هذه الحاجات حاجة الفرد إلى الحب والتقدير من الآخرين والشعور بالنجاح وتحمل المسئولية.. وإن فقدان الحب هو الموقف الأساسى الباعث على الاكتئاب سواء كان المريض لم يعد محبوباً أو يشعر بأنه كذلك. فالإنسان يكون مدفوعاً بحاجة إلى الحب وإذ لم يسعفه الحب فى هذه الظروف يتخلق الاكتئاب فى صوره المتدرجة التى أولها الاكتئاب النفسى.

وبالتالى فإن الأسباب الاجتماعية وبخاصة تلك التى فى مرحلة الطفولة تعمل فى مرحلة الرشد على زيادة الاكتئاب لدى الأفراد ويزداد انتشاره لدى الإناث ولا يعنى عدم انتشار أو قلة إصابة الذكور بالاكتئاب .. فهذا يرجع- فى رأى الباحثة- إلى خط تشخيصى أكثر منه إلى أنهم كذلك فعلاً أو ان الواقع هكذا، فعندما يشعر الذكر بالإحباط والتشاؤم فإنه قد لا يعبر عن ذلك نتيجة لأسباب اجتماعية ولكنه قد يقدم على الإفراط فى تناول الخمور والمخدرات مما يؤدى فى كثير من الأحيان إلى تشخيصهم كمدمنين وليسوا مكتئبين- ويوافق هذا رأى" مخيمر" فى أن ما منا إلا لديه أرضية أو خلفية اكتئابية. فمشاعر السلطنة والانبساط فى تناول الخمور تخفى مشاعر اكتئابية الحزن- اليأس- الإحباط- التشاؤم. فالفرد المكتئب لا يميل إلى الاعتراف هنا بالجوانب الكدرة فى الشخصية وعوناً يلجأ إلى أن يشعر بالانبساط والسرور الذى يجدهما فى تناوله الخمور والإفراط فى المخدرات معنى ذلك أن الاكتئاب العصابى ليس سوى دفاعاً أو بمعنى آخر ميكانيزم للتخلص من مشاعر توتر وصراع زائد يحمل معه التهديد بالإحباط فيقوم الاكتئاب بإزالة هذا التهديد بأن يعيش المريض تفكيراً محرفاً بأن الإحباط قد تم فعلاً.

معنى ذلك أن الاكتئاب يكون تكيفاً فى ظل صراع داخلى ومشاعر وتوتر.. ومع أن هذا التفكير والتوهم السالبين برغم قوتهما إلا أن الفرد يبدى تحملاً للإحباط الذى وقع فعلاً.

وعندما كانت المرضى تعيش اكتئابا أقل شدة، كانت الباحثة ترك على المشاكل الخارجية التى تكون ذو علاقة بتعجيل الاكتئاب. وكان معظم هذه المشاكل عبارة عن ضغوط اجتماعية وأسرية، أو صعوبات التحصيل أو فى العمل الصيفى وكان يبدو فى معظم المرضى أن مكون ه المشاكل الرئيسية هو الفقدان مثلاً الفشل فى علاقة عاطفية، الفشل الحصول على عمل مناسب جيد. وكانت الباحثة تلجأ إلى مساعدة المر

على اتخاذ قرار يتعلق بالمشكلة المساهمة فى اكتئابه كان يحقق أهدافه فى تكوين علاقة شخصية أخرى أو البحث عن عمل آخر غير الذى فقده.

كما أن نتائج الدراسة الحالية تشير إلى أهمية المحتوى المعرفى وفهم الإنسان لرؤية وتقييم الذات وممارسة التعليم الخاص والداخلى الذاتى لتصرفاته فى تنمية التحكم الذاتى نحو مقارنة الفشل واليأس من جانب وفى تغيير قيم المؤشرات الفسيولوجية التى تم قياسها من جانب آخر، فيمكن القول أن أفكارنا ومشاعرنا وقيمنا نحو أنفسنا تمثل المصدر الرئيسى للتحكم فى السلوك على الأخص فيما يتعلق بالاضطراب النفسى.

ففى العلاج المعرفى السلوكى يعمل المعالج والمريض معاً ليحددا معارف المريض المحرفة والتى تكون ناشئة عن اعتقاداته واتجاهاته التى بها القصور الوظيفى وهذه المعارف والاتجاهات توضع للتحليل المنطقى والاختيار من خلال واجب المهام السلوكية، وتباعاً يتعلم المريض أن يحقق تفكيره مع الواقع. من أجل ذلك قامت الباحثة باستخدام الفنيات السلوكية واللفظية والمعرفية ليساعد المريض على تعلم معرفة الترابط بين المعرفة والوجدان والسلوك وأن يراقب أفكاره السلبية وأن يفحص الدليل المؤيد والمضاد لمعارفه المحرفة وأن يحل تأويلات واقعية الوجهة أكثر بدلاً من معارفه السلبية المحرفة. وذلك كله لتصل الباحثة إلى تغيير البنيان المعرفى للمريض من خلال تحليل القواعد والحتميات التى تحكم استجاباته، ثم يقوم بعد ذلك بتعديل الأخطاء المعرفية المرتبطة بزملة معينة.

فقد تم استخدام المعرفة طبقاً للعلاج المعرفى السلوكى فى هذه الدراسة فى ثلاث مجالات الأولى فى شكل الأحداث المعرفية الحادثة فى مجرى الشعور، وكان ذلك من خلال التسجيل اليومى للأفكار التلقائية عن طريق المراقبة الذاتية لتلك الأفكار من جانب المريض الثانية: العمليات المعرفية التى تحول وتأول المثيرات الجديدة، وكان ذلك من خلال جداول الأنشطة التى

تستلزم التدخل فى أنشطة ومهام وخبرات جديدة أو مألوفة. وأخيراً، التركيبات أو البنيات المعرفية التى هى مظاهرها ثانية للانتظام المعرفى، وكان ذلك من خلال استعراض الأسباب والخبرات والذكريات الماضية فى حياة المريض. وذلك لأن الاستجابة الوجدانية تكون محددة بطريقة بناء الفرد لخبراته .

وهناك أعراض متنوعة للاكتئاب (اليأس - الحزن - الرغبات الانتحارية- فقدان الشهية- الإحساس بالفشل - الإحساس بعدم الرضا......الخ) نقول أن الأعراض الاكتئابية هذه تتغير.كما أوضحت هذه الدراسة - تبعاً للتغير فى الانتظام المعرفى لدى المريض الاكتئابى وذلك لأنه نتيجة لظهور مخططات معرفية لا توافقية مقبولة، ينزع المريض المكتئب فى النظر إلى نفسه وعالمه وإلى مستقبله بطريقة سلبية. وكان ذلك واضحا فى عينة الدراسة من خلال أسلوب هذا المرض المبتدى فى إساءة التأويلات عند تفسير خبراتهم بشكل منهجى وفى محتوى الخصوص لأفكارهم وحتمايتهم عن أن ما يعتقدوه هو حقائق.

كذلك فإن الباحثة ترجع نتائج هذه الدراسة إلى أن هناك مفاهيم نشأت فى مرحلة مبكرة من حياة عجلت بحدوث الاكتئاب وتشكلت بالخبرات الشخصية، ونبعت من التوحد من آخرين ذوى أهمية فى حياة الفرد ومن إدراكه لاتجاهات الآخرين نحوه. فتكون مفهوم معين فى المراحل الأولى للنمو تساعد على تكوين مفاهيم تالية، أى مبنية على أساسه المفاهيم التالية وعندما استمرت هذه المفاهيم فإنها أصبحت بنيانات أو قوالب دائمة، وقد تكون هذه المخططات كامنة فى أوقات كامنة إلا أنها نشطت عندما تعرض الفرد لمواقف شبيهة بالخبرة المسئولة عن تكوين هذه القوالب الفكرية من الفقدانات والاحباطات البيئية، وسوء التأويل والادراكات للخبرات: فمن هذه الأفكار نشطت مفهوم الفقدان الأولى. وفى حالات أخرى كان اكتئاب الأفراد استجابة لسلسلة من خبرات صدمية غير معينة. فعاشوا تحولاً سلبياً فى

نظرتهم إلى كل جانب من جوانب حياتهم. وباستمرار اكتئابهم فإن تفكيرهم ازداد تشبعاً بنظرة موضوعية، وعاقت القوالب الفكرية المسيطرة عمليات اختبار الواقع والاستدلال.

والمواقف غير السارة من مواقف حياتهم استثارت بدورها نتائج انفعالية (الحزن- اليأس- الوحدة) والتى أدت بهم إلى تناقص فى الأداء. ولما كان مصدر الاكتئاب هكذا من هذه الوجهة النظرية المعرفية- أعنى- الوضع التكافوئ الزائد للمفاهيم السالبة- فإنه عند تناول هذه المفاهيم السالبة بالتصحيح بعد تحديدها ووضعها للتحليل المنطقى والاختيار الإمبيريقى من خلال الواجبات المنزلية التى تستهدف التعرف على العلاقات بين المعرفة والوجدان والسلوك ذلك عن طريق مراقبة الأفكار السلبية واستبدالها بتأويلات أكثر واقعية ومطقية، نقول أنه من خلال هذه النهج خفت الأعراض الاكتئابية فى التقييم البعدى واستمر هذا التأثير فى تقييم المتابعة.

كذلك فإن نتائج هذه الدراسة ترجع إلى ما يوليه العلاج المعرفى السلوكى من أهمية بتعلم المريض النظر إلى أفكاره بحسبانها فروضاً قابلة للاختبار والاستبدال أكثر منها حقائق لا تقبل الجدل. وذلك عندما قام المريض بمناقشة فروض واختبارها بشكل إجرائى للأساليب السلوكية والمعرفية تحقق من عدم ملاءمتها، فأدى ذلك إلى تغير انفعالاته وسلوكه تجاه هذه المواقف.

وذلك لأن التغيير فى التفكير يكون المفتاح الأساسى فى الاكتئاب. ومع أن التغير كان تدريجياً، إلا أن المرضى كانوا مختلفين فى الكيفية التى كانوا بها قبل بداية الموقف- ربما النقيض لذاتهم- المألوف كذلك فإن نتيجة هذه الدراسة ترجع إلى التغير فى الأخطاء المعرفية عندما كانت تشعر المرضى بالحزن والوحدة لأنها بشكل خاطئ كانت تعتقد أنها غير ملائمة ومهجورة. وكنتيجة أنه قد سيطر عليها تأنيب ولوم ذاتى فلم تحاول الانشباك

فى الأنشطة التى تجعلهم يشعرون على نحو أفضل فيعيشون أفكار حرجة مؤلمة. وعن طريق اشعار المريض بتعاطف تجاه آخرين تحول شعوره التعاطفى تجاه ذاته وذلك من خلال لعب الدور مع الباحثة بالإضافة إلى تقدير مدى رضا المرضى عن أنشطتهم من خلال فنية العلاج إتقان والسار. نقول أنه من خلال ذلك خفت أو انخفضت حدة التأنيبات الذاتية للمرضى فأدى ذلك إلى تحسن فى وجدان المرضى.

وبشكل أولى، بتوجيه وتشجيع الباحثة تعلم المريض إعادة تعريف وتسجيل تأويلاته السلبية التلقائية لخبراته. وذلك بالبحث عن الأحداث البيئية التى تثير الأفكار السلبية، وكيف يكون متأكداً من أن هذه الأفكار تصف بدقة الحدث الفعلى وما نوع الأخطاء المنطقية التى جعلت المريض يندفع نحو رؤية نفسه والمستقبل والعالم من حوله بشكل سلبى وذلك من خلال تدريب المريض على تسجيل المواقف اليومية التى تسبب انفعالات حزينة أو غضب أو قلق فى النموذج الخاص بذلك. فكان على سبيل المثال هناك من يزيد التعميم من الأحداث السلبية، وكان هناك لم يرى فشله فى علاقة عاطفية هو فشله فى كل علاقاته اللاحقة وبالتالى لم يحاول إقامة علاقات حتى التحدث مع أصدقائه، أيضاً فى الأفكار السلبية كان توضح الباحثة للمريض أن بشكل مستمر ومطلق أنه لا يكون كفأ أو مستحسناً من جانب الآخرين، مما أدى إلى أن تتعلم المرضى تحديد أفكاره وافتراضاتها واختبارها بعد ذلك لتعلم إلى أى مدى هى أفكار سلبية مما أدى إلى تصحيح الأساس المعرفى السالب وتحسن فى مشاعر المرضى.

وعندما كانت المرضى تتفهم طريقة محاولة الواجب المنزلى ولماذا تحاوله فكانوا يشكل كبير مدفوعين أكثر لأدائه. ومن ناحية ثانية، كانت الباحثة تستعلم بشكل مباشر عن تفكير ومشاعر المرضى عن المهمة المرحلية قبل وبعد محاولتها على سبيل المثال، عندما يكون المريض متردداً ويشعر بالاحباط والنقد، فقد كانت الباحثة تقوم بجعل المريض تعيين أفكاره التى

تجرى فى عقله ومصاحبة شعوره هذا - ثم يتناوله بالتصحيح حتى لا تسهم فى سلبيته وافتقاره إلى روح المبادرة.

كذلك فقد تبين من تجربة هذه الدراسة أن المرضى كانت لا تنتبه إلى معنى الأحداث التى لا تؤكد اكتئابهم. وفى ذلك كانت الباحثة تبدأ فى استنباط الأسباب التى أدت بالمريض إلى أن يؤمن ويعتقد هذه الأفكار. وذلك بالطلب إليه بأن يقوم أو يتذكر الأحداث الماضية النوعية التى يعتقد أنها تقوى أفكاره السلبية، فكان معظمها على سبيل المثال، (عقاب الوالدين - النبذ - الهجر - الإحراج من جانب الوالدين أو الأصدقاء- عدم الاستماع إلى رأيه- انتقاد مدرسيه له- فقد أحد الأشخاص المهمين فى حياته مثلاً الأم- أخت......صديق......جار......).

ومن ناحية ثانية كانت الباحثة تطلب إلى المريض ذكر واحد أو أكثر من الأحداث الحالية كدليل مدعم لتلك الأفكار. وكان يركز عليه لأن المريض يستطيع جمع بيانات حية تلك الأحداث ويسجل تأويلاته عن الأحداث الحالية (معارف). وكان يتم تصحيح تلك التأويلات مهما كان يصحح الوضع المعرفى السالب عن الأحداث الماضية. وذلك عن طريق أن هذه المعارف السلبية للمريض هى مكون أدى إلى اكتئاب المريض وليست صفة متأثرة بالمريض مما كان يزيد من الثقة بالنفس ويزيد من الألفة والتعاون العلاجى المتمثل فى إعطاء المريض لكل ذكرياته وأسراره بصدق وأمانة.

بالإضافة إلى تصحيح تلك التحريفات المعرفية كأفكار يعيشها المريض وإقامة الدليل العملى على ذلك التصحيح، فقد كانت الباحثة أيضاً تستخدم الدعابة والفكاهة بشكل يجعل المريض يلاحظ أفكاره وأراء بموضوعية ولا تجعله يفكر بأنه شخص يستخف به أو يسخر منه وذلك بأنها كانت بالفعل تنشئ شكوكاً داخل فكر المريض وتجعله يعيش ويرى بنفسه تناقضاً وتنافى حول تعبيراته وأفكاره بدون مجادلة. ما كان يؤدى بالمريض إلى البحث عن تفسيرات وأفكاراً بديلة تكون أكثر توافقية.

واستناداً إلى تقرير المريض لتفكيره فكانت الباحثة تتجه إلى تكوين أراء نوعية عن سوء تأويلات المريض وأخطاءه المنطقية، وذلك باستحداث فروضاً تستند إلى موضوعات متكررة فى حياة المريض وما أن كان يتم صياغة تلك الفروض، كان المريض ينظر إلى أفكاره كسلسلة من أحداث نفسية فى ذهنه فقط كحدس قابل للتغير متى أكدت أحداث وذكريات المريض ذلك.

ومما كان يسهل الانتقال من مشكلة إلى أخرى، ما كان تتبعه الباحثة- طبقاً للعلاج المعرفى - من تلخيص ما كان يقدمه المريض أثناء الجلسة من مشكلاته واستعلامه - أى الباحثة ماذا كانت خلاصته دقيقة ومعبرة عن ما يعيشه المريض وما إذا كان المريض يفهمْ كلام وتفسير الباحثة من عدمه. وذلك بالطلب إلى المريض عمل ملخص عن المناقشة أثناء الجلسة. هذا الوضع من التبادل ساعد على وضع المريض فى هدوء وفى إنشاء علاقة علاجية غير شكلية نسبياً. وساعد أيضاً على إعطاء معلومات تتعلق بتوقعات الباحثة عن تحسن أو فشل المريض فى حياته المستقبلية، بالإضافة إلى أنه كان يشير إلى أن تأويلات الباحثة بالفعل اخترقت وزعزعت نسق المريض المعرفى المقلق مما كان يجعله - أى المريض - يعيش وجداناً أفضل والذى كان تباعاً يعمل كحافز على تعيين كحافز على تعيين ومراقبة وتصحيح أفكاره السلبية وتحريفاته المعرفية بنفسه.

وترى الباحثة كذلك أن استمرار تأثير العلاج المعرفى السلوكى عند التقييم البعدى والمتابعة إنما يرجع إلى المبدأ الذى يتأسس عليه العلاج المعرفى السلوكى وهو التعلم ليتعلم. فنوع التعاون العلاجى أو المشاركة العلاجية بين الباحثة والمريض كان مساعداً للمريض على استحداث طرائق جديدة ليتعلم من خبراته وأن يحل مشاكله، بمعنى أن المسئولية انتقلت كثيراً عن الباحثة حيث ارتبط المريض بشكل مباشر أكثر فى مصاعبه. وكذلك فإن تخفيض اعتماد المريض على الباحثة أدت إلى زيادة الثقة بالنفس وتقدير الذات لدى

المريض. فمشاركة المريض فى تحديد المشكلة وصنع القرار تساعده على أن يحققها وعلى استحداث طرائق جديدة تناظر المشاكل. كذلك فإن المفحوصين عند ظهور مشاكل أو أحداث خارجية تسبب لهم مشاعر كدرة فإن استحداثهم لطرائق دقيقة فى التعامل مع مشاكلهم الداخلية والخارجية أدت إلى نموهم النفسى والاجتماعى. فإحساس النجاح من حل أحد المشاكل دفع المرضى الى الاقتراب وحل مشاكل أخرى كانوا يتجنبوها ولم يحاولوا الاقتراب منها ، وبالتالي أدى هذا التحرر من المشاكل الأصلية لدى المرضى إلى تغير نفسى الذى أدى إلى تهيئتهم وازداد من تقدير ذواتهم من أجل لقاء تحديات جديدة.

وترجع نتائج هذه الدراسة إلى أن الجلسات العلاجية بعد استعراض الواجبات المنزلية للمريض كانت بشكل ثابت دورى تستعرض الأعراض الاكتئابية لدى المريض لمناقشة المعارف الضمنية وراء هذه الأعراض، ومناقشتها وتصميم الفنية العلاجية المعرفية أو السلوكية الملائمة لها. فمثلاً عندما كان العرض المرضى هو سرعة التعب لدى بعض المرضى والمتمثل فى قول هؤلاء المرضى "أنا مقدرش اشتغل" ، "أنا باتعب من الشغل" ، "أنا حاسس أن أنا كده كويس من غير شغل" وهنا - بعد مناقشة المعارف الضمنية فى هذه الأعراض والتى كانت تتمثل فى الخوف من الإحساس بالفشل- نقول أن الباحثة قامت بمشاركة المريض فى تصميم جدول نشاط يؤدى إلى إبطال المريض الواضح وذلك بخلق الدافعية للنشاط يجعله عقلانياً وقابلاً للفهم وفى حدود مقدرة المريض الآن وأيضاً باستخراج مبررات المريض عن عدم نشاطه التى كانت تتمثل فى "ليه إللى هاستفيده من الشغل" أنا مقدرش، صحتى تعبانة".

"أنا بس أحس بالعجز"، "أنا بأشعر بتعب بسرعة". فكانت الباحثة تؤكد للمريض: أن يأخذ النشاط على أن تجربة صغيرة لاختيار صدق وصحة هذه الأفكار، علماً بأنه عليك أن تعرف أن ما من أحد ينجز كل ما يخططه،

لكن مجرد التخطيط ومحاولة احدى هذه الخطوات هو نشاط فى حد ذاته كذلك هو محاولة للخروج من دائرة انشغالك بأفكارك واعتقاداتك ع نفسك بأنك عاجزاً عن فعلها وما ان كان المريض ينجز إحدى الخطوا كانت الباحثة تتأكد من أن خبرة النجاح هذه تكذب تجاهه الخاطئ نح نفسه، وبالتالى تزيد من تقدير ذاته وثقته بنفسه ثم كانت الباحثة يوضح ا أنه عن طريق مناقشة أفكارك، فإنك ستشعر أنك على نحو أفضل طالما أ مناقشة الأفكار يتم على أساس تجريبى لها هل هى صحيحة أم لا.

وعندما كان العرض الاكتئابى اليأسّ، كانت الباحثة تتساءل: ليه وذلك لمعرفة أفكار المريض واعتقاداته التى جعلته يائساً، وكانت تتمثّل عل سبيل المثال، " أنا حياتى كلها غلط وها تفضل غلط يبقى ليه المذاكرة أ الشغل" " أنا مش شايف ميزة من الحياة" " أنا الدنيا اسودت فى وشى مافيش حاجة قدامى أتعب علشانها" " أنا هأفضل كده ومش هاتغير" فالمريض ه يشعر بأنه فى موقف لا يمكن أن يحل. فكانت الباحثة تناقش هذه الأفكا مع المريض سيتم يطلب إليه بالتوقف فترة عن هذه الأفكار ويجرب البدائ الأخرى التى كانت تقترحها عليه الباحثة. مثلاً، القول بأن هذه الأفكار ل تعالج يأسه ولكنها جعلته مأسوراً فيها وبالتالى نحاول تجريب هذه الأفكا البديلة وترى إلى ماذا ستؤدى. وتؤكد الباحثة فى هذا المقام أنه برغم أ مرضى الاكتئاب قلما ينشبكوا فى بداية الجلسات فى أنشطة كثيرة إلا أنه كانوا بالفعل يأخذون بعين الاعتبار - نظراً للثقة والألفة بينهم وبي الباحثة- الحلول البديلة ويكون لديهم الدافعية إلى ممارسة هذه الآر والتفسيرات البديلة وبالتالى ما أن يشعروا بنجاح فإن رغبتهم فى الحياة تزي وتتغير نظرتهم إلى أنفسهم وإلى عالمهم ومستقبلهم وذلك لأن الحلول البدي تركز على جعل المريض واعياً بالتعارض فى افتراضاته واعتقاداته مما ساع على زلزلة نسق اعتقاده الخاطئ.

وبالتالي- فى إطار العلاج المعرفى السلوكى، فيكون علاج المريض مهتماً بالتفصيلات الدقيقة. فأخطاء التفكير التى تؤدى إلى المشكلات يتم تحديدها ومناقشتها مما يؤدى إلى تحديد أساليب مباشرة لمواجهة المشكلات الانفعالية. حيث تقوم الباحثة باستعراض أعراض الاكتئاب التى يشكو منها المريض بكل دقة ثم يقوم بتشجيع وتوجيه واختيار الفنية المناسبة حتى يتحدى المريض أفكاره التلقائية التى تكون وراء معاناته الاكتئاب. فحين يصبح الفرد مكتئباً فعادة ما يحرف جميع خبراته الأمر الذى يدعم بدوره تقدير ذاته المنخفض. وحين يفحص المريض أفكاره السلبية ويتعرف عليها ويعى هذا التناقض المعرفى فإن أعراض اكتئابه تبدو له ذات معنى بمعنى آخر، أنه يدرك العلاقة بين ما لديه من أفكار وما يعانيه من أعراض ويكون ذلك على مراحل: مراقبة المريض لمشاعره الحزينة، فحين يشعر بأن وجدانه مؤلم أو يشعر بانقباض يكون ذلك اشارة لمراقبة أفكاره السلبية ثم يقوم بمناقشة الأفكار مع المعالجة محدداً ما لديه من أعراض فسيولوجية كتقلص المعدة أو اضطراب الشهية أو النوم وفى نفس الوقت يحدد المواقف والموضوعات والأحداث البيئية المهمة فى ذلك والأنشطة التى يشعر فيها بعدم الرضا.

فتعتبر الضغوط الانفعالية نتيجة لأحداث الحياة التى تتمثل فى العلاقات غير المستقرة مع زملاء الدراسة وفقدان الأصدقاء وكثرة ساعات العمل والإرهاق وعدم التدخل فى هوايات أو فقدان شخص عزيز أو الإصابة بمرض خطير ومع أن الإدراك المحزن للمواقف هو الذى بسبب الانفعالات المؤلمة إلا أن الإدراك يتوقف على خبراتنا ومعلوماتنا الحاضرة وعلى حالة الدافعية والمزاج النفسى الذى يمر به الفرد وقت إدراكه الموقف ومن هنا لابد للباحثة من عرض تاريخ الحياة للمريض.لتبين خبراته التى أثرت على معلوماته الحاضرة ودافعيته ومزاجه النفسى. فالفرد فى مرحلة الطفولة يكتسب العادات الاجتماعية والمهارات والقيم من أسرته ومجتمعه... لمدرسة... النادى... الخ، وتكون هذه المفاهيم هى المعين الذى ينمو فيه وعلى أساسه تتكاثر- إذا جاز التعبير-

وتكثر المفاهيم الأخرى. وبذلك تصبح القوالب بنيات معرفية انتظامات يدرك ويسلك الفرد على أساس من هذه" القوالب" المعرفية. ومن هنا يمكن القول بأن الاكتئاب بعد خبرة مؤلمة من خبرات الحياة التى تستمر مع الفرد ولا يستطيع الخلاص منها ومع تعديل هذه الأفكار والمعارف نحو هذه الخبرة أو الخبرات الحياتية يمكن أن يتغير إدراك الفرد الذى يغير بالضرورة وجدانه وسلوكه.

وبالتالى يكون من المهم التركيز على التنشئة الاجتماعية الصحيحة وتعديل وتدريب الأفراد على النظر إلى أنفسهم وإلى عالمهم وإلى مستقبلهم نظرة موضوعية منطقية. وتكون المسئولية على كل من له صلة لهؤلاء الأفراد.. فمن الطبيعى أن يهتم الآباء والمعلمين بالأفراد الذين فى رعايتهم ممن يسلكون بطريقة غير مألوفة ، فالتلميذ قبل أن يكون دارساً فإنه إنسان ينبغى فهمه من حيث المعينات التى تعينه على التوافق والمعوقات التى تعوقه عن التوافق وتقديم أساليب العلاج النفسى الملائمة له للوصول به إلى التوافق النفسى والصحة النفسية التى تمثل شرطاً ضرورياً وأساسياً لأى إنجاز تعليمى أو عملى. فقد يدرك الشخص الأحداث العادية على أنها تهديد لحياته أو يدرك المتسلط السلوك العادى لابنه على أنه إحداث لمشاكل، ويكون تفهم تلك المشاعر والخبرات وعلاجها ذو جدوى، فالتدخل العلاجى لابد وأن يتضمن عمليات معرفية واستخدام بعض الإجراءات لإحداث التعديلات المعرفية.ذلك هو العلاج المعرفى السلوكى الذى يسعى إلى تعديل السلوك من خلال التأثير فى عمليات التفكير لدى المريض.

ومن ناحية أخرى، فإ ن تلك النتائج تؤكد صدق الفروض النظرية لكل من النموذج المعرفى السلوكى للاكتئاب (بيك ١٩٧٨) والذى يركز على أهمية تعديل الأفكار السلبية والتوقعات غير المنطقية والقصور فى الاتجاهات إلى آخر الجوانب المعرفية السلبية لدى مرضى الاكتئاب عن طريق استراتيجيات:

- التعريض
- إعادة البناء المعرفى
- الواجبات المنزلية.

وانطلاقا من النموذج المعرفى السلوكى للاكتئاب، فإن أفراد مجموعة العلاج المعرفى السلوكى فإن كان يستجيبون المتطلبات الأداء الاجتماعى بسلسلة من المكونات المعرفية السلبية، والتى كانت تؤدى إلى تركيز انتباههم على الأشياء المسببة للاكتئاب وتوقع الضرر بدلاً من التركيز على مهام الدور الاجتماعى أثناء الموقف وذلك للاعتقاد الخاطئ أما بعد العلاج فقد تعلموا كيفية تحديد وتحليل الأفكار السلبية الخاطئة وتعلموا كيفية مناقشتها منطقياً قبل الدخول فى تلك المواقف وأثبتوا لأنفسهم خطأ تلك الأفكار مما انعكس على أداءهم الاجتماعى بحيث تم تركيزهم على الأفكار الايجابية والمنطقية وانخفضت لديهم الأفكار السلبية السيئة وبهذا لمنهج زادت الثقة بأنفسهم وزاد احترامهم لذاتهم واستبدلت الأفكار السلبية بلأفكار الإيجابية ونمت المعتقدات المنطقية الواقعية.

وأكدت نتائج هذه الدراسة أن العلاج المعرفى السلوكى المتضمن مراقبة ذاتية للأفكار والتحليل المنطقى ثم الاختبار الامبيريقى لهذه الأفكار والفروض هو طريقة ذات فاعلية للشفاء من الاضطرابات الاكتئابية ويتفق ذلك مع دراسات ويرزبيكسى (١٩٨٧)، روبين (١٩٨٧)، هولون (١٩٨٦)، ميرفى (١٩٨٤)، ورش وبيك (١٩٨٧)، وبيك (١٩٧٠)، بلاتو (١٩٩٠)، وروبروت ١٩٩٠)، وديفيد (١٩٨٩)، ومايكل وآخرون (١٩٩١)، وستيفن (١٩٩٢)، وكاتلين (١٩٩١)، وشارلس (١٩٩٣)، وبيتر ولسن (١٩٩٢)، وجورجى (١٩٢٩)،والن، (١٩٣٩)،وجيفينو وآخرون (١٩٩٤)،وسترفينك وآخرون ١٩٩٤)، وتيس ورينولدس وآخرون (١٩٩٤)،وميرفى وآخرون ١٩٩٥)، وفان دنهوات وآخرون (١٩٩٥)، ورينسون وآخرون (١٩٩٥)، وستيل وشابيرو وآخرون

(١٩٩٥)،وأديدس وآخرون (١٩٩٦) . وفستونس وأخرون ١٩٩٦)، وود ورولى (١٩٩٦)، وإمنولز وآخرون (١٩٩٦)،وفيفا وأخرون ١٩٩٦)، وفايف وآخرون (١٩٩٧)، وبرينت وآخرون (١٩٩٧)، وسبنجلر ولآخرون (١٩٩٧)،و يللجين (١٩٩٧)،وهولون ودريبس وآخرون (١٩٩٨)، وجايسون وآخرون (١٩٩٨)، وروينك وآخرون (١٩٩٨)، ومنولا وآخرون (١٩٩٨).

وكذلك أيضاً النتائج تؤكد أن الفروض النظرية الأساسية من نموذج التحكم الذاتى فى السلوك الذى قدمه كنفر (١٩٧٠)، ونموذج التحكم فى الذات لدى المكتئبين الذى قدمه ريم (١٩٧٧)، مما يجعل نتائج تلك الدراسة الحالية ويتفق مع دراسات كل من بيلاك وآخرون (١٩٧٦)، وفشز وآخرون (١٩٧٧)، نيلسون وآخرون (١٩٧٧)، شالز وآخرون (١٩٧٩)، ريم وآخرون (١٩٧٩)، وجوتليب (١٩٨١)، وكورنليث وآخرون (١٩٨١)، وامرى (١٩٨٣) وريم وآخرون (١٩٨٧)، عبد الوهاب كامل (١٩٨٩)، وولين درام وآخرون (١٩٥٩)، وفان دين هوت (١٩٩٥)، ونيكونو (١٩٩٥).

وكذلك نتائج الدراسة الحالية تشير إلى أهمية المحتوى الادراكى المعرفى وإعادة فهم الانسان لرؤية وتقييم الذات وممارسته التدعيم الداخلى والخارجى الذاتى لتصرفاته فى تنمية التحكم الذاتى نحو مقاومة الفشل واليأس من جانب معرفى وفى تغيير قيم المتغيرات التى تم قياسها من جانب آخر.

فيمكن القول أن أفكارنا ومشاعرنا وقيمنا نحو أنفسنا تمثل المصد[ر] الرئيسى للتحكم فى السلوك على الأخص فيما يتعلق بأعراض الاكتئاب.

يمكن تفسير نتائج الفرض بالرجوع إلى النموذج النظرى الذى تب[نته] الباحثة حول مكونات التحكم الذاتى إذا أنه قد بدأت الباحثة بالتجان[س] النسبى بين المجموعة التجريبية والضابطة من الجنسين والموضح فى نتائ[ج] بجدول رقم (١٧) فإن التباين الدال بين القياسات المتكررة بعد إدخال البرنا[مج]

بالنسبة للمجموعة التجريبية يوضح أهمية تربية رؤية الإنسان لذاته وتدعيمه لها في تحسين الاضطرابات الاكتئابية وخفض أعراضها.

ولما كان البرنامج المستخدم يتضمن أهدافاً إجرائية تمثل السلوكيات المستهدفة التى نادى بها "سكنر" وأن تدعيم تلك السلوكيات من جلسة لأخرى. قد أدى إلى تكوين رؤية ذاتية بطريقة إجرائية تنصب حول تعديل رؤية الفرد الذاتية من قطبها السالب إلى قطبها الموجب، وأن ارتفاع الدرجة على مقاييس التحكم الذاتى الفرعية يعنى تمكن الفرد من ممارسة التحكم الذاتى بصورة أفضل.

ويعنى ذلك أن الرؤية الايجابية للذات يمكن وصفها كدالة وظيفية لجلسات التدريب المستهدفة نحو تعديل الصورة المشوهة للذات عن الأفراد بحيث ينتقل إلى الاحساس بإمكانياته الايجابية فى الحياة وبالتأكيد فإن التفسير فى ضوء هذا النموذج فقط لا يوضح القيمة العملية له لذلك فإن استخدام ملابسات التدعيم فى منظور تعديل السلوك كهدف إجرائى يبعث على الثقة بدرجة ملحوظة فى قيمة الممارسات المنظمة والتدعيم المنظم الذى كان يتم فى الجلسات حتى يستشعر الأفراد الجوانب الإيجابية فى شخصياتهم إلى جانب تقديرهم للأهداف البعيدة بدلاً عن بحثهم عن الأهداف ذات النتائج المباشرة وحيث أن الجلسة كانت تتضمن النظرة الشمولية لمكونات التحكم الذاتى فلابد وأن يستتبع تعديل الرؤية الذاتية للفرد عن نفسه تعديلاً فى ممارسته هو نفسه لعمليات التدعيم الذاتى فاصبح كل سلوك يدعم السلوك لتالى له وينميه وذلك نجده مقارنة ارتفاع قيم المتوسطات بين القياس البعدى كما يتضح فى جدول (١٨) ونتيجة للتغير فى ممارسة التدعيم الذاتى فقد ظهر لك فى صورة تغير فى قدرة الفرد على مقاومة الفشل فبدلاً من بحثه عن

العقاب اصبح يحول مواقف الفشل إلى مواقف النجاح وهو جوهر تحكم الإنسان فى ذاته فالإنسان المكتئب غالباً ما يقع فريسة للإحباط والفشل لذلك فإن هذا البرنامج يؤكد على سلوكيات التدعيم الذاتى كأهداف إجرائية تتمخض عن الأهداف الإجرائية فى المرحلة الأولى (تعديل الرؤية الذاتية) ويعنى ذلك فى مجموعة أننا بصدد تعديل بنائى يلعب فيه عنصر الرؤية الذاتية دوراً هاماً لكى يمارس الفرد التدعيم الذاتى حيث بدأ الفرد المجموعة التجريبية أثناء ممارسة البرنامج والتدريب عليه بمكافأة أنفسهم من استخدام العقاب الذى قد أقروه قبل تدريبهم واشتراكهم فى مراحل البرنامج.

ومن الطبيعى بعد ان استطاعت الجلسات أن تضع بذور تحسين الرؤية الذاتية إلى جانب ممارسة التدعيم الذاتى الايجابى، وذلك أيضاً لارتفاع قيم المتوسطات للقياس القبلى والبعدى الأول والقياس البعدى الثانى، ظهر ذلك فى صورة ان بدأ أفراد المجموعة التجريبية يترك كل منهم المعايير المتشددة وبدأ يرفض فكرة انه هو المسئول من داخله عما يحدث له من فشل فى مواقف الحياة اليومية حتى لو كان ذلك بصورة غير حقيقية إذ أن البرنامج قد أفرد دروساً وتدريبات عملية يمارس فيها الفرد السلوكيات المستهدفة الخاصة بتعديل طريقة تقويم الفرد لنفسه وتصل فى مرحلة متقدمة بعد ذلك إلى ان ترتفع درجة الأفراد على متغير الحث الذاتى وبناء على ذلك فإن نتائج الدراسة الحالية فى مجملها تؤكد صحة الفرض الذى يدور فى جوهره حول إمكانية رفع درجة التحكم الذاتى بمكوناته المختلفة لدى ذوى الاكتئاب وذلك من خلال التدريبات اليومية عن السلوكيات المتضمنة داخل البرنامج سوف يؤدى إلى إزالة الأعراض النفسية للاكتئاب.

كما تؤكد النتائج صدق فروض نظرية الكفاية الذاتية لتعديل السلوك، والتى يرى فيها أساليب واستراتيجيات تعديل السلوك ما هى فى الحقيقة إلا الأساليب لرفع كفاية الفرد الذاتية فى مواجهة مشكلاته، ويحدد مصادر المعلومات تمكن الباحثة أن تستخدمها لتعديل كفاية الفرد الذاتية وهى الإقناع اللفظى، وإنجازات الأداء، والخبرة البديلة، تلك المصادر تم تنفيذها من خلال فنيات التدريب على استبدال: وهى التعليمات، ولعب الدور، التغذية المرتدة والتدعيم الاجتماعى والذاتى، النمذجة والممارسة والتى تم تدريب أفراد المجموعة التدريب العلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى.

وبهذا نكون قد عرضنا لنتائج الدراسة وحاولنا إبراز ما تنطوى عليه تلك النتائج من معانى ودلالات سيكولوجية تساعدنا فى تفسير ما توصلنا إليه من نتائج تؤكد فعالية العلاج المعرفى السلوكى والعلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى، ويبقى أن ننهى بحثنا الحالى بعد من التوصيات والبحوث المقترحة نعرض لها فى الفصل السادس والأخير.

المـراجـع

أولاً: المراجع العربية.

١- أحمد عبد العزيز سلامة (١٩٧٩): علم الأمراض النفسية والعقلية مت
دار النهضة العربية القاهرة.

٢- أحمد محمد عبد الخاق (١٩٩٦): مقياس بيك للاكتئاب.مكتبة
المعرفة الجامعى الإسكندرية.

٣- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩١): قياس الاكتئاب: مقارنة بين
مقاييس دراسات نفسية رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، ي
الأنجلو المصرية القاهرة.

٤- أحمد محمد عبد الخالق، محمد نجيب الصبوة (١٩٩٦): الأنش
والأحداث السارة لدى عينة من طلاب الجامعة فى مصر، مجلة ال
الاجتماعية خريف ١٤٧- ,١٨٥

٥- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩١): قياس الاكتئاب: مقارنة بين
مقاييس دراسات نفسية رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، يا
الأنجلو المصرية، القاهرة.

٦- أحمد محمود عكاشة (١٩٨٨): الطب النفسى المعاصر ط: ٧ مك
الأنجلو المصرية، القاهرة.

٧- آمال عبد السميع باظة (١٩٩٣): السلبية نحو الذات والعالم والمست
كأسلوب معرفى لدى مرضى الاكتئاب الأساسى من الجنسين.م
كلية التربية بالزقازيق العدد ٢٠ يناير (١٠١- ١٢٨).

٨- أمينة مختار (١٩٨٥): تحليل السلوك: نحو أسلوب جديد فى الع
السلوكى، دار الثقافة للطباعة والنشر، القاهرة.

٩- جمال الخطيب (١٩٧٨): تعديل السلوك (القوانين والإجراءات) جمعية عمال لمطابع التعاونية.

١٠- حامد زهران (١٩٧٧): الصحة النفسية والعلاج النفسى، الطبعة الثانية، القاهرة عالم الكتب.

١١- حامد زهران (١٩٨٠): التوجيه والإرشاد النفسى، الطبعة الثانية القاهرة عالم الكتب .

١٢- حامد عبد العزيز الفقى (١٩٨١): نظريات الإرشاد والعلاج النفسى. القسم الأول، ترجمة الكويت، دار القلم.

١٣- حامد عبد العزيز الفقى (١٩٩٠): نظريات الإرشاد والعلاج النفسى. القسم الثانى، ترجمة حامد عبد العزيز الفقى، الكويت، دار القلم.

١٤- حسن مصطفى عبد المعطى (١٩٩٨): علم النفس الاكلينيكى دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

١٥- رامز طه محمد (١٩٨٧): وداعاً للقلق بالعلاج النفسى الذاتى. القاهرة، القاهرة،دار مصر للطباعة.

١٦- رشاد عبد العزيز موسى (١٩٨٩): سيكولوجية الفروق بين الجنسين مؤسسة المختار للنشر والتوزيع.

١٧- رمضان محمد القذافى (١٩٩٧): التوجيه والإرشاد النفسى دار الجيل بيروت.

١٨- سامية القطان (١٩٨٠): كيف تقوم بالدراسة الإكلينيكة الجزء الأول، الأنجلو المصرية القاهرة.

١٩- سيد أحمد عثمان، فؤاد عبد اللطيف أبو حطب (١٩٧٨): التفكير، دراسات نفسية القاهرة الأنجلو المصرية .

٢٠- صلاح الدين العراقى (١٩٩٠): العلاج المعرفى السلوكى ومدى فاعليته فى علاج مرضى الاكتئاب العصابى رسالة دكتوراه غير منشورة .كلية تربية ببنها. جامعة الزقازيق.

٢١- صلاح علام: الإحصاء الوصفى.

٢٢- صلاح مخيمر (١٩٨١): فى إيجابية التوافق، مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة.

٢٣- طالب خفاجى (١٩٨٥): الإرشاد والعلاج النفسى، بين النظرية والتطبيق. ترجمة، مكة المكرمة، المكتبة الفيصلية.

٢٤- عبد الحكيم عفيفى (بدون تاريخ): الاكتئاب والانتحار الدار المصرية اللبنانية.

٢٥- عبد الرحمن العيسوى (١٩٩٢): العلاج النفسى دار المعرفة الجامعى الإسكندرية.

٢٦- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨): الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه مجلة عالم المعرفة .٢٣٩

٢٧- عبد الستار ابراهيم (١٩٨٣): العلاج النفسى الحديث قوة للانسان.القاهرة مكتبة مدبولى.

٢٨- عبد الستار ابراهيم (١٩٩٤): العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث اساليبه وميادين تطبيقه دار الفجر للنشر والتوزيع.

٢٩- عبد العزيز عبد الدخيل (١٩٩٠): سلوك السلوك. مقدمة فى أسس التحليل السلوكى كتبة الخفاجى.

٣٠- عبد الله عسكر (١٩٨٨): الاكتئاب النفسى بين النظرية والتطبيق الأنجلو المصرية.

٣١- عبد الوهاب كامل (١٩٨٣): التعلم وتنظيم السلوك.المكتبة القومية الحديثة طنطا.

٣٢- **عبد الوهاب كامل (١٩٨٨)**: مقياس التحكم الذاتى كراسة التعليمات المكتبة القومية الحديثة طنطا.

٣٣- **عبد الوهاب كامل (١٩٨٩)**: التحكم الذاتى وبعض الاضطرابات السلوكية دراسة سيكومترية مجلة كلية التربية طنطا العدد السابع الجزء الأول ٣٢- ٥٢ (أ).

٣٤- **عبد الوهاب كامل (١٩٩٠)**: العائد البيولوجى لاستجابة الجلد الجلفانية والتحم الذاتى: دراسة معملية سيكوفسيولوجية بحوث المؤتمر السنوى الخامس لعلم النفس فى مصر الجمعية المصرية للدراسات النفسية ٤٦٢- ٤٨٩ (ب).

٣٥- **عزت عبد العظيم الطويل (١٩٨٨)**: الاكتئاب، دراسة نفسية قرآنية الإسكندرية دار المطبوعات الجديدة.

٣٦- **فيولا الببلاوى (١٩٨٢)**: الشخصية وتعديل السلوك: مجلة عالم الفكر يوليو الكويت.

٣٧- **كرستين نصار (١٩٩٨)**: اتجاهات معاصرة فى العلاج النفسى.شركة المطبوعات للتوزيع والنشر.

٣٨- **لطفى الشربينى (١٩٧٩)**: الاكتئاب النفسى المركز العربى للنشر والتوزيع.

٣٩- **لويس كامل مليكة (١٩٩٠)**: العلاج السلوكى وتعديل السلوك دار القلم الكويت.

٤٠- **محمد أحمد شلبى، محمد ابراهيم الدسوقى (١٩٩٣)**: المكونات المعرفية للتطرف، القاهرة العدد الأول مجلة دراسات نفسية رابطة الأخصائيين النفسيين (رانم).

٤١- **محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٨١)**: تيارات جديدة فى العلاج النفسى ط١ دار المعارف الإسكندرية.

٤٢- محمد على كامل (١٩٨٩): دراسة أثر استخدام برنامج التحكم فى الذات لعلاج الاكتئاب على بعض أعراض الاكتئاب التفاعلى رسالة ماجستير غير منشورة كلية التربية جامعة طنطا.

٤٣- محمد ماهر عمر (١٩٨٩): المقابلة فى الإرشاد والعلاج النفسى، الطبعة الثانية الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

٤٤- محمد محروس الشناوى، محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٦): العلاج السلوكى الحديث أسسه وتطبيقاته دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

٤٥- محمد نجيب الصبوة (١٩٨٥): العلم المعرفى والسلوكية. ترجمة، مجلة علم النفس، العدد الخامس عشر، ١٤٠- ١٥٤. (١٩٩٠٩).

٤٦- محمود السيد أبو النيل (١٩٧٨): الإحصاء النفسى والاجتماعى ط٢ الجهاز المركزى للكتب الجامعية القاهرة.

٤٧- محمود حمودة (١٩٩١): النفس وأسرارها دار غريب الفجالة.

٤٨- مصطفى زيور (بدون تاريخ): محاضرة فى الاكتئاب النفس مكتبة الأنجلو المصرية.

٤٩- ممدوحة سلامة: الخروج من الاكتئاب مجلة علم النفس، العدد الثامن ديسمبر الهيئة المصرية للكتاب القاهرة.

٥٠- ممدوحة محمد سلامة (١٩٨٧): الاكتئاب وجوانب التشويه المعرفى مجلة الصحة النفسية مجلد ٢٨ العدد السنوى الأزبكية القاهرة.

٥١- ممدوحة محمد سلامة (١٩٩٠): استبيان الأحكام التلقائية عن الذات القاهرة كتبة الأنجلو المصرية.

٥٢- ممدوحة محمد سلامة (١٩٩١): الإعتمادية والتقييم السلبى للذات والحياة لدى المكتئبين وغير المكتئبين، دراسات نفسية (عدد ابريل ١٩٩- ٢١٨.

ثانياً: المراجع الأجنبية

1- Rush A.J. Khatami, M. and Beck, A.T, (1975): Cognitive and Rush A.J. Khatami, M. and Beck, A.T, (1975): Cognitive and behavior therapy in chronic depression behavior therapy. 6 p. 398-404

2- Rush, A.J., Beck, A.T., Kovacs, M and Hollon. S. (7976).- Comparative efficacy of cognitive therapy and pharamacotherapy in the treatment of depressed outpatients. Manuscript submitted for publication New York.

3- Safran, J.D. Segal Z.V., Shaw, B.F. et al., (1990): Patient selection for short term cognitive therapy in interpersonal process in cognitive therapy (eds. J.D. Safvan & Z.V Segal) pp 229-238. New York: Basic Books.

4- Scott, Jan. (1992): Chronic depression: Can cognitive therapy succeed when other treatment fail? Behav. psycho, vol. 20(l):25-36

5- Scott, Michael J. Stradling, Stepher. G (1990): Group cognitive therapy for depression produces clinically significant reliable change in community based settings. Behav. psychother. Jan. vol. 18(1): 1-19.

6- Seligman, M.E.P. Klein D.C. & Miller W.R., (1974): Depression in leitenberg. H. (Ed.) Handbook of behavior modification and behavior therapy. Englewood Cliffs. N.J: Prentice Hall.

7- Selmi P.M.; Klein M.H.; and et al., (/99fl):Computer administered cognitive behavioral therapy for depression. Am. L. Pshciatry 147:1. 51-56.

8- Selmi, paulette. M. and et al, (1982): An investigation of computer assisted cognitive behavior therapy in the treatment of depression. Behav. Res. Meth.. and instrumentation Apr. vol. 14(2): 181-185.

9- Shapiro D.A.. Barkham M., Rees. A, Hardy (IE., and et al. (1994): Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive behavioral and psychodynamic interpersonal psychotherapy. J. consult, clin. psychol Jun. 62(3):522-534.

10- Shapiro, Daivd A, and et ai, (1995).'Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains after cognitive behavioral and psychodynamic - interpersonal psychotherapy. J of Cons, and Clini. psycho v. 63 No. 3 p. 378-387 Jun.

11- Shaw B.F., (1977).-Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression. J. of consult, and clini psycho, 45, 543-551.

12- Slum', B.F., and Beck, A. T. (7977):The treatment of depression with cognitive therapy. In. A. Ellis and R Grieger (Eds.). Handbook of rational emotive therapy (309-326) New York: springier.

13- Shaw, B.F., Kut?,, ./. £ Siotis, (/99J).-('ognitive therapy of unipolar depression in casebook of the Brief psychotherapies (eds R.A. Weils & V.J. Giannetti). Pp 77-90 New York Plenum press.

14- Simons A.D, Murphy (i.E, Levine J.L. and et al. (1 986) .'Cognitive therapy and pharmaeotherapy for depression. Sustained improvement over one year. Arch. Gen.Tsychiat. 43:43-48.

15- and In Combination f/99./):Cognitive therapy and phramacotherapy for depression. Arch.. Gen., psycho, vol. 49, Oct. 774-781

16- Solved iVtiezitis and et «/., (1 992) .'Creating Alternatives to depression in our schools Hogrefe & Huber publishers. Seattle, Tronto - Coping. Cognitive distortions. and depression in. adolescents. 225-343.

17- Spunkier D.L.. Simons A.D., Monroe. S.\t. Thuse M.E. (1997): Response to cognitive behavioral therapy in depression: effects of pretreatment cognitive dysfunction and life stress. J. of Cons, and Clin psychol. Aug.: 65(4):568-575.

18- Startup, Mike, Shapiro, David A. (1993) .'Dimensions of cognitive therapy for depression. A confirmatory analysis of session ratings. Cog. Ther. and Res. Apr. vol. 17(2): 139-15L

19- Steven D. Hollon f/99J):Cognitive behavioral therapy. Current opinion in psychiatry, 6:

20- 348-352.

21- Steven I). Hollon, Robert J. Derubeis. and et al, (7992).'Cognitive therapy and pharmaeotherapy for depression. Arch. Gen. psych, vol. 49, Oct. 774-781 .

22- Steven, Taylor and Peter Mdean (1993) .'Outcome profiles in the treatment of unpopular depression. Beh. Res. Ther. vol. 31 No. 3 325-330.

23- Stiles. W.B., Shapiro D.A. (7 995); Verbal exchange structure of brief psychodynamic -interpersonal and cognitive behavioral psychotherapy J. consult, clin. psychol Feb. 63(1): 15-27.

24- Stravyn.ski A, (Jreenberg D.(1992): The psychological management of depression. Acta Psvchiatr Scand:85:407-414.

25- Stravynski, Ariel, (iaudette, (Ulles (79#9).-The psychological treatment of depression. Science et comportment vol. 19(1): 11-21.

26- Stravynski A, VerrcaulL R, (iaudette. (i. and et al, (1994).-The treatment of depression with group behavioral cognitive therapy and impramine can. J. psychiatry Sep 39(7):389-390.

27- Stuart S, Wright JH, Thu.se ME. Beck AT. (7997);Cognitive therapy with inpatients J.Gen. Hosp. Psychiatry Jan, 19(1):42-50

28- Tdchman. Y, Baret Z.et al.,. (1995):,\ comparison of two modalities of cognitive therapy (individual and marital) in treating depression psychiatry May 58(2): 136-148

29- Thuse ME.. Reynolds. C.F., 3rd, Frank. £., Simons. A.D., (1994):Do depressed men and women respond similarly to cognitive behavior therapy9 Am. J psychiatry. Apr.: 151(4):500-5.

30- Tlta.se M.E.; Simon A. ().; and et al.,(1994):Do depressed men and women respond similarly to cognitive behavior therapy. Am. J. psychi. 151:4 April. 500-505.

31- Tha.se ME.; Simon A.O.; and et al., (1991): Seventy of depression and response to cognitive behavior therapy Am. J. Psy. 148 (6) 784-789

32- Tha.se ME; Simon A.().; and et al., (1992): Relapse after cognitive behavior therapy of depression: Potential implications for longer-courses of treatment. Am. J. Psychiat. 149:8, August. 1046-1052.

33- Tha.se ME.; Simon A.O.; and et al., (1993): Relapse after cognitive behavior therapy of depression potential implication for longer courses of treatment. Am J. psch . 149:8 augpp 1046-1053.

34- Thuse ME, (jreenhou.se ,IB, et al., (1997): Treatment of Major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations Arichives of General Psychiatry 54/11 1009-1015.

35- Tha.se ME., (1997): Psychotherapy and Psychological assessment Current opinion in psychiatry: 10/6684-493.

36- Those, Michael E., Simons, Anne D., McGeary and et al, (1992): Relapse after cognitive behavior therapy of depression: potential implications for longer courses of treatment. Am. J. of psychiatry Aug. vol. 149(8): 1046-1052.

Vanden. Hont, J.J/., Arnt:, A., Kunkels. F.H, (1995): Efficacy of a self control therapy program in a psychiatric day - treatment center. Acta. psychiatry, scand Jul. 92(!):25-29

Waring, Edward, M.. Barnes, S.M., Woods (>'../. (799^):Comparing cognitive family therapy with cognitive behavior mollification and cognitive therapy for depression. Psychiatric form Feb. vol. 15(2):33-42.

fVIiismun. Mark A., Miller, Ivan. W., Norman and et at, (1991): Cognitive therapy with depressed inpatients: specific effects on dysfunctional cognition's J of consult and clinic, psycho. Apr vol. 59()2):282-288.

William \L Reynolds and Kevin I. Coats(1986): A Comparison of cognitive-Behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents J of Cons, and Clini. Psycho. Vol. 54. No. 5. 653-660

Williams .I.M.G. (1992):The psychological treatment of depression London: Routledge.

Wilson K.C Scott M. Ahou Saleh M. (1995): Long term effects of cognitive

behavioral therapy and lithium therapy an depression in the elderly . B r J of psychiatry 167(5):653-658

Wilson, Peter. H. (1989).-Cognitive behavior therapy for depression: Empirical findings and methodological issues in the evaluation of outcome special issue: Depression: Treatment and theory. Behav. change vol. 6(2):85-95.

Wood A., Harrington, R.. Moore. A., (1996):Contro\\ed trial of a brief cognitive behavioral intervention in adolescent patients with depressive disorders. J: Child. Psvchol. Psychiatry Sep.: 37(6):737-746.

Wright, Jess. H., Borden, Janet W. (7 9 97)/Cognitive therapy of depression and anxiety. Psychi. Ann. Ju. vol. 21(7):424-428.

Young, J.F. <& Klosko J. (7 994) .-Reinventing your life. How to Break Free of Negative life patterns. New York. Button press.

Zettke, R.D. Haflich J.L. & Reynolds, R.A. f7992):Responsivity to cognitive therapy as a function of treatment format and client personality dimensions. J. of clinical psychology, 48, 787-797.

Zindd V. .Segal and Stephen R. Swallow (1994): Cognitive assessment of unipolar depression: Measuring products, processes *and structures. Behave. Res. Ther. Vol 32. No 1. pp 147-158* •

المؤلفة في سطور

الدكتورة/ ألفت كحلة

- استشارى التقييم والعلاج النفسى، قسم طب وصحة المسنين، مستشفيات جامعة عين شمس.
- حصلت على ليسانيس الآداب، تخصص علم النفس، كلية الدراسات الانسانية، جامعة الأزهر، عام ١٩٨٥ .
- حصلت على دبلوم تخصص علم النفس الاكلينيكى، قسم علم النفس، كلية الدراسات الانسانية، جامعة القاهرة، عام ١٩٩٠.
- حصلت على درجة الماجستير فى علم النفس، قسم علم النفس، كلية الدراسات الانسانية، جامعة الأزهر، عام ١٩٩١.
- حصلت على درجة الدكتوراة الفسلفة فى الآداب تخصص علم النفس الاكلينيكى من كلية الآداب، جامعة الأزهر، عام ١٩٩٩.
- عضو بالرابطة المصرية للأخصائين النفسيين.
- عضو الجمعية المصرية النفسية.
- شاركت فى العديد من المؤتمرات والندوات العلمية.

Olfat_kahla@hotmail.com

الـفـهـرس

إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع

١٣ شارع حسين كامل سليم - ألماظة - مصر الجديدة - القاهرة
ت : ٢٤١٧٢٧٤٩ - فاكس : ٢٤١٧٢٧٤٩ - ص.ب : ٥٦٦٢ هليوبوليس غرب - رمز بريدى ١١٧٧١

E-mail: etraccom@gmail.com